

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

Quarto Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde
para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Professor Doutor Adriano Pedro

Relatório Final de Estágio

**Perfil de Dependência dos Doentes que recorrem ao
Serviço de Urgência do HDJMG**

Cláudia Carrapiço
Nº10399

Julho
2016

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

Quarto Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde
para obtenção do grau de Mestre
Orientador: Professor Doutor Adriano Pedro

Relatório Final de Estágio

Perfil de Dependência dos Doentes que recorrem ao Serviço de Urgência do HDJMG

Cláudia Carrapiço
Nº10399

Julho
2016

Há uma bússola localizada no lado esquerdo do meu peito. E apesar de tantas buscas, encontros e desencontros, corajosamente, sigo. Combinei comigo não deixar de acreditar...

Virgínia Mello

AGRADECIMENTOS

O nascimento e crescimento deste relatório espelha o reflexo de muito trabalho, de muito empenho e dedicação, e que só foi possível graças ao contributo de diversas pessoas, às quais quero expressar um sentido agradecimento:

- Ao Professor Doutor Adriano Pedro, pela orientação e sempre disponibilidade para me receber
- Ao antigo Enfermeiro-Chefe do Serviço de Urgência do HDJMG, Artur, por me ter colocado no caminho da Jones Dependency Tool
- À Enfermeira-Chefe do Serviço de Urgência do HDJMG, Arminda Pedro, pela agilidade e disponibilidade que sempre demonstrou para a aplicação desta escala no serviço
- A todos os colegas do Serviço de Urgência do Hospital de Portalegre, que dispensaram uns minutos na aplicação da escala durante o momento da triagem
- Ao Enfermeiro Gary – Jones, criador da JDT, que me enviou material, para a melhor trabalhar e aplicar
- À minha amiga Jacinta, pelas conversas sem fim ao telefone, debatendo ideias para o trabalho
- Ao Hugo, pela disponibilidade, e acima de tudo pelo carinho com que abraçou o meu relatório
- Aos meus pais, que sempre acreditaram que era possível subir mais um degrau
- À minha família pelas palavras de entusiasmo que me foram dirigindo ao longo do tempo

Foi mais um passo que dei em frente graças a todos vós!

Um Bem Haja

RESUMO

O Serviço de Urgência (SU) pode ser considerado o coração e a porta de entrada no sistema hospitalar. É certo que o seu desenho tem sido constantemente adaptado rumo a uma cada vez mais eficiente prestação de cuidados e gestão de recursos humanos.

Este relatório testa uma ferramenta britânica, a Jones Dependency Tool (JDT), já validada em Portugal, que mede o grau de dependência dos doentes de forma a adaptar os recursos humanos de enfermagem no SU. É o culminar de um estágio, de três meses, no SU do HDJMG em Portalegre, onde, numa semana posterior, em pleno surto de gripe apliquei a JDT.

Trata-se de um trabalho descritivo, crítico e reflexivo onde foi aplicada a metodologia de trabalho projeto. A aplicação da JDT decorreu durante uma semana, no momento da triagem a uma amostra de 305 doentes que recorreram ao SU. Na semana estudada o grau de dependência moderada foi o prevalente.

Num território com gente envelhecida e com doentes particularmente vulneráveis e dependentes a introdução da JDT, como ferramenta de gestão, permitirá adequar os recursos humanos de enfermagem a empenhar no SU.

Palavras-Chave: Dependência; Enfermagem; Doente, Serviço de Urgência; Envelhecimento

ABSTRACT

The Emergency Room (ER) can be considered the heart and the gateway in the hospital system. It is true that its design has been constantly adapted towards an increasingly efficient care and human resource management.

This report tests a British tool, Jones Dependency Tool (JDT), already validated in Portugal, which measures the degree of dependence of patients in order to adapt the nursing staff in the ER. It is the culmination of a stage, three months in the ER of Portalegre Hospital, where, in a latter week, in the flu outbreak, applied the JDT.

This is a descriptive, critical and reflective work which has been applied to project work methodology. The application of JDT held for a week at the time of screening to a sample of 305 patients who resorted to ER. In the week studied the degree of moderate dependence was the most prevalent.

In a territory with aged people and particularly vulnerable and dependent patients the introduction of JDT, as a management tool, will suit the nursing staff to engage in the ER.

Keywords: Dependency; Nursing; Patient, ER ; Aging

Abreviaturas e Siglas

ABC – Via aérea, respiração e circulação
AVD - Atividades de Vida Diárias
DGS - Direção Geral de Saúde
ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
HDJMG - Hospital Doutor José Maria Grande
HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande
IACS - infeção associada aos cuidados de saúde
JDT – Jones Dependency Tool
OE – Ordem dos Enfermeiros
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCR - Paragem Córdio-respiratória
s.d. - sem data
SE - Sala de Emergência
SO – Serviço de Observação
SU – Serviço de Urgência
TM - Triagem de Manchester
ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Índice

1 - Introdução.....	11
2 - FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL	13
2.1 - Papel do Enfermeiro no Contexto de Urgência.....	13
2.2 - Doente Crítico na Sala de Emergência.....	18
2.3 - Escala Jones Dependency Tool	20
2.3.6.1- Resultado da JDT:	26
2.4. A Dependência do Doente nos Cuidados de Enfermagem no SU	26
2.5. O doente dependente no seio familiar, um desafio para o Enfermeiro de Urgência	27
2.6 - Recursos Humanos de Enfermagem no SU	29
3 - ANÁLISE DO CONTEXTO.....	31
3.1 - Caracterização da População do Distrito de Portalegre (Alto Alentejo)	31
3.2 - Caracterização do SU do HDJMG	32
3.3 - Percurso do doente no SU	36
4 - METODOLOGIA	38
4.1 - Diagnóstico da Situação.....	39
4.2 - Definição Dos Objetivos	41
4.3 - Planeamento	42
4.4 - Execução	48
4.5 - Avaliação.....	49
4.6 - Divulgação dos Resultados	51
4.6.1 - Caracterização da Amostra com base nas variáveis introduzidas	52
4.6.2 - Caracterização da Amostra com base nas componentes da Escala JDT	55
4.6.3 - Caracterização da dependência dos doentes do SU com base no resultado da JDT	66
Conclusões	68
Bibliografia	70
Anexos.....	77
Anexo I - Autorização da Instituição de Saúde (USLNA)	78
Anexo II - Escala de Dependência- Jones Dependency Tool	80
Anexo III - Pedido de Autorização a Robert Crouch (via email)	82

Índice de Figuras

Fig.1 - Causas das alterações de mobilidade.....	23
Fig.2 - Pirâmide de Maslow	25
Fig.3 - Constituição da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	32
Fig.4 -Estrutura Funcional do SU do HDJMG.....	34
Fig. 5 - Escala Jones Dependency Tool	43

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução da taxa de incidência semanal de síndrome gripal no período de inverno.	49
Gráfico 2 – Representação da Amostra do Estudo na semana de 18 a 24 de janeiro de 2016.	52
Gráfico 3 - Intervalo de idades em que se baseia a amostra e idades mais comuns que recorreram ao SU na semana em estudo.	52
Gráfico 4 - Representação da amostra tendo em conta o género	53
Gráfico 5 - Representação da amostra em termos de proveniência	54
Gráfico 6 - Avaliação dos Órgãos dos Sentidos	56
Gráfico 7 - Avaliação da Dor	56
Gráfico 8 - Reação a Estímulos	57
Gráfico 9 - Barreiras Linguísticas	58
Gráfico 10 - Avaliação do Comportamento	59
Gráfico 11 - Avaliação do ABC	60
Gráfico 12 - Avaliação da Mobilidade.....	61
Gráfico 13 - Avaliação da Função intestinal/vesical e/ou vômitos	62
Gráfico 14 - Avaliação da capacidade de autocuidado do doente	63
Gráfico 15 - Avaliação da Percepção dos riscos	63
Gráfico 16 - Avaliação da necessidade de apoio social	64
Gráfico 17 - Avaliação da TM.....	65
Gráfico 18 - Grau de dependência	66

Índice de Quadros

Quadro 1 - Prioridades na TM.....	26
Quadro 2 - Indicadores demográficos	31
Quadro 3: Objetivos do estágio.....	41
Quadro 4 - Grau de dependência de acordo com a JDT	44
Quadro 5- Critérios de exclusão para aplicação da JDT	45
Quadro 6 - Objetivos e estratégias a desenvolver	46
Quadro 7 - Relação entre o local de proveniência e o dia da semana	54
Quadro 8 - Representação do turno de admissão.....	55

1 - INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, realizo um Relatório de Estágio desenvolvido no Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG), em Portalegre, entre o dia 14 de setembro e 20 de novembro de 2015. Este estágio complementou a formação teórica recorrendo à prestação de cuidados, uma vez que a Enfermagem tem o papel primordial de colaborar para o crescimento no campo da ciência humana e manter-se nas áreas académicas e científicas como disciplina da Saúde merecedora de estudos avançados. Assim, os estágios são considerados formas enriquecedoras para a sedimentação dos conhecimentos, transferindo para a praxis os conteúdos apreendidos durante a formação, Martin (1991) citado por Abreu (2007:213) considera que o estágio é um:

*“...tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, (...)” e
“... envolve não apenas o desenvolvimento de competências directamente ligadas à assistência mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde”.*

Este relatório é um trabalho descritivo, crítico e reflexivo e usa a metodologia do trabalho de projeto, e surge no contexto do Serviço de Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, uma vez que em maio de 2015 tive a oportunidade de iniciar cuidados em contexto hospitalar, e em simultâneo no Serviço de Urgência, como tal, quis desenvolver o meu estágio neste serviço, com o intuito de ir conhecendo e sustentando aquilo que via e sentia com a evidência científica. Desta forma, considero, que é através da leitura de diversos ângulos que o gestor consegue efetivamente conhecer e refletir sobre esta realidade, e poder intervir sobre ela.

Assim, e no decorrer da formação, o enfermeiro tem potencial para assumir uma postura diferenciada na gestão e condições para tomar posições decisórias para ir ao encontro da melhor política de saúde. Assim a gestão debate-se com aspetos de: prestação direta de assistência à saúde, participação social, recursos humanos, implicações da transição demográfica e epidemiológica para o sistema de saúde e sobre ferramentas de gestão que melhorem os cuidados. (Chaves, 2012)

Uma vez que o objeto do curso tem a ver com a gestão de unidades de saúde proponho um olhar diferente, e aprofundado, para a Jones Dependency Tool (JDT), como uma ferramenta de gestão que pondera a dependência dos doentes que recorrem ao SU.

No estágio, que deu corpo a este relatório, apliquei a escala JDT, que avalia o grau de dependência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência do HDJMG.

Esta avaliação foi feita por enfermeiros no momento em que procediam à Triagem de Manchester (TM), durante uma semana inteira, nos três turnos de cada dia. Desta forma, foi delineado como objetivo geral: Perceber o perfil de dependência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência do HDJMG, e como objetivos específicos: Aplicar a escala JDT no momento da triagem; Caracterizar o doente que recorre ao serviço de urgência.

A Ciência de Enfermagem é constituída por um “corpus de conhecimento específicos, obtidos com o contributo da Investigação e com o intuito de orientar a prática dos Cuidados de Enfermagem, sendo que os fundamentos da profissão incluem o conhecimento com vista à orientação dos valores da profissão, à natureza da prática profissional e às posições filosóficas que influenciam esta prática.” (Fortin, 2003:296)

O relatório encontra-se dividido em seis partes: Fundamentação Conceptual; Análise do Contexto; Metodologia; Conclusão; Bibliografia e Anexos. Em relação à fundamentação conceptual, supor-tei-me num conjunto de bibliografia atualizada que me serviu de suporte ao estudo que desenvolvi. Posteriormente foi essencial proceder à caracterização do serviço de urgência onde decorreu o estágio, de forma a conhecer e perceber o contexto, para melhor proceder à avaliação que introduza um fator novo que, apesar de ser levado em conta, nunca foi particularmente medido: a dependência.

Como se trata de um documento científico, foi fundamental recorrer a uma metodologia, para tal foi utilizada a metodologia de projeto, onde explicitiei o diagnóstico de situação, tracei os objetivos e defini o planeamento que me permitiu proceder à execução das atividades e assim atingir os objetivos delineados. Consequentemente realizei uma avaliação das etapas.

Posteriormente apresentei as conclusões que respondem aos objetivos traçados evidenciando a validade da JDT, como verdadeira ferramenta de gestão e complemento na determinação de recursos humanos de enfermagem. Por último, apresento a bibliografia utilizada e os anexos, onde estão expostos alguns documentos utilizados, bem como os pedidos de autorização.

2 - FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL

2.1 - PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DE URGÊNCIA

A Enfermagem de Urgência teve o seu início com Florence Nightingale, voluntária na guerra da Crimeia em 1854. A “Dama da Lâmpada”, como ficou conhecida, usava o objeto para iluminar os feridos em combate de quem cuidava durante a noite.

Profissional inconformada, foi fundamental na emancipação da mulher para os cuidados de enfermagem e figura central no reposicionamento da arte. Institucionalizou-a como profissão contribuindo para que ocupasse um papel central no serviço à medicina, cirurgia e higiene.

Podemos posicionar por esta altura, em termos abstratos, o aparecimento da figura do enfermeiro de urgência isto porque, no caso concreto, havia a necessidade de cuidar dos feridos em combate o que foi feito, utilizando-se os recursos disponíveis, com o máximo de rigor científico existente na altura. A definição, no entanto, manteve atualidade. De acordo com Alminhas (2007:57) a Enfermagem de Urgência, pode ser definida como a:

“prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções”.

Esta autora salienta ainda que a Enfermagem de Urgência é “um misto complexo de capacidades, experiências e de saber personalizado.”, uma vez que, requer que o enfermeiro possua, em simultâneo, um conjunto de saberes- teóricos e de experiências já vivenciadas e que os consiga adaptar ao doente que cuida.

Centenária, a profissão evoluiu e o “edifício” também. No caso português, até à criação do SNS, os cuidados de saúde estavam a cargo das famílias, das instituições privadas e dos serviços médico-sociais da Previdência. Ao Estado, apenas competia a assistência aos pobres. Contudo, é de assinalar alguns marcos importantes até à criação do SNS Português. Nomeadamente, em 1899 a reforma de Ricardo Jorge. Ricardo Jorge, foi médico, membro da comissão técnica de saneamento da cidade do Porto, e foi o primeiro investigador português a diagnosticar corretamente a peste bubónica e a descrever o seu agente bacteriano, bem como as estratégias de luta contra a peste. Teve, assim, um papel muito importante na vinculação da importância da Higiene no bem-estar da população, sensibilizando os governantes para este facto. Iniciou-se, assim, a organização dos serviços

de saúde pública com base no Decreto de Lei de 28 de Dezembro e no Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. Posteriormente, em 1946, com o Decreto de Lei nº2011, de 2 de Abril, é lançado um programa de construção de hospitais, que foram posteriormente entregues às Misericórdias, sendo o objetivo organizar os serviços prestadores de cuidados de saúde. Em 1958 surge o Ministério da Saúde que começou a tutelar os serviços de saúde pública. Em 1968 a rede hospitalar e as carreiras da saúde (enfermeiros, médicos) são alvo de uniformização e regulamentação.

Com o surgimento do “Despacho Arnaut” é criado, em 1979, o Serviço Nacional de Saúde que, enquanto instrumento do Estado, preconiza que todos os cidadãos (portugueses e estrangeiros) lhe acedam independentemente das suas condições económicas ou sociais. Nele estão integrados todos os cuidados de saúde compreendendo: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes, bem como a reabilitação médica e social. Nesta fase o acesso era gratuito mas com a ressalva que existia a possibilidade da criação de taxas moderadoras, de forma a racionalizar o acesso aos cuidados de saúde, como acontece atualmente.

Hoje, o SU é considerado a porta de entrada para o SNS recebendo diariamente centenas de pessoas e “existe para tratar doentes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo” (DGS, 2001a:7) Ou seja, o objetivo do SU é dar uma resposta rápida e eficiente que vá ao encontro das necessidades que o doente apresenta.

O SU, pelas características intrínsecas que apresenta, nomeadamente um grande volume de trabalho, responsabilidade profissional (pela diversidade de situações), confrontação constante com doença súbita e ameaças à própria vida, remete-nos para profissionais com elevada capacidade de resposta e um ampliado repertório de competências e destreza.

Todos os dias dão entrada casos diferentes, particularmente exigentes, que obrigam a uma intervenção rápida, adequada e sem margem de erro. Compete ao profissional de enfermagem pensar rápido e decidir pela melhor técnica a aplicar tendo em vista a melhor solução para o indivíduo.

É este repertório, de técnicas e capacidades, que permite ao enfermeiro corresponder e responder de forma adequada às necessidades e exigências do doente, da sua família e da própria Instituição de Saúde (Mendonça, 2011). Para que o atendimento seja de excelência, Ferreira (2006:2) considera que o enfermeiro deve possuir algumas características, tais como:

“dinamismo, agilidade mental, estabilidade emocional, facilidade de relação e capacidade de priorizar as situações de urgência, através de estratégias de comunicação, reflexão, observação e de avaliação”.

Pelo facto do enfermeiro de urgência se encontrar confrontado com uma grande diversidade de situações, é essencial que este seja detentor de ferramentas que lhe permitam atuar de forma eficaz, ou seja, tal como Greco (2004) considera, é essencial que o enfermeiro esteja preparado para lidar com conflitos e problemas, que tenha capacidade de dialogar, argumentar, definir estratégias no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Embora não estejam regulamentadas, pela Ordem dos Enfermeiros, competências especificamente para o Enfermeiro de Urgência, de forma a dar sustentação a esta prática em contexto de urgência e emergência, podem transpor-se as competências específicas que estão definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, de acordo com o Regulamento nº 124/2011, no artigo 4º da Ordem dos Enfermeiros (OE), uma vez que o “objeto” de intervenção é o mesmo, ou seja, o doente em situação instável ou muito instável. Assim, as três primeiras alíneas do Regulamento, podem ser transferidas para a prática do enfermeiro de urgência, como passarei a destacar:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, desde a conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade que a situação apresenta, bem como à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No que diz respeito à alínea a), o enfermeiro de urgência vê-se muitas vezes confrontado com doentes que se encontram muito instáveis e, até, em risco de vida. Para este tipo de doentes, é essencial uma observação constante, bem como uma colheita de informação de forma sistematizada e sistemática, com o intuito de conhecer e acompanhar, de forma contínua, a situação clínica. Esta constante monitorização é fundamental para prever e detetar precocemente possíveis complicações, assegurando como tal, uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil.

O enfermeiro de urgência é sustentado pelas competências do enfermeiro geral, no entanto os cuidados na urgência são diferenciados, ou seja, são cuidados centrados, tanto em doentes cuja sintomatologia é aguda, e de fácil retorno, como em doentes em situação crítica, com risco de vida. Assim, o enfermeiro de urgência deverá “...possuir competências clínicas... decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de

cuidados gerais, assegurando uma prestação de cuidados qualificados” (Costa,2012). Desta forma, o enfermeiro de urgência deve estar preparado para responder ao doente crítico mas, também, a todo o tipo de patologias agudas.

Em relação à alínea b), vivemos num mundo cada vez mais globalizado, constituído por variados fatores que podem desencadear situações de catástrofe. Desta forma, podemos dividir esses fatores em: naturais (sismos, inundações, ou outros estados relacionados com condições meteorológicas extremas); tecnológicos (incêndios urbanos, florestais, colisão de veículos, acidentes industriais) e humanos (como os eventos bélicos ou atos de terrorismo (Alves et al, 1999).

Por catástrofe entende-se, de acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil nº27/2006 definida no artigo 3º:

“...acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocar elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio - económico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

O surgimento de uma catástrofe pode desencadear multi-vítimas, como tal a organização da resposta dos hospitais constitui um desafio, pois a imprevisibilidade temporal e física de acidentes de grandes dimensões provocados pelo homem, ou por causas naturais, obriga a que as unidades de saúde estejam preparadas para este tipo de ocorrência, estabelecendo planos de contingência (Sousa, 2012). No caso particular dos serviços de urgência uma catástrofe altera o seu normal funcionamento, exigindo-lhe um nível de resposta apropriado. Obriga a um conjunto de procedimentos de emergência com a finalidade de salvar o maior número de vidas, utilizando os recursos disponíveis da melhor maneira possível.

Em relação à alínea c), que nos reporta para a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), pode ser definida como sendo:

“...uma infeção localizada ou sistémica que é resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina que pode ser detetado durante o internamento quando excluídas as infeções presentes ou em período de incubação à data do internamento, ou após alta hospitalar quando o período de incubação indicia um contágio durante o internamento”. (Goulão, 2014: pág.120)

As IACS assumem particular importância na pessoa em situação crítica, devido ao uso de tecnologia avançada e invasiva, uso indiscriminado de antibioterapia, o que desencadeia uma resistência aos antibióticos e favorece consequentemente o aumento desse tipo de infeção. (OE, 2011)

Os microrganismos responsáveis por este tipo de infeção podem ser recebidos a partir de outra pessoa (infeção cruzada), a partir da própria flora do doente (infeção endógena), ou adquiridos através de objetos inanimados ou por substâncias contaminadas por outra fonte humana (infeção ambiental) (PNCI, 2007). Foi a partir de Florence Nightingale, que foram desenvolvidos os primeiros trabalhos no âmbito da prevenção e controlo da infeção hospitalar. Desta forma, pode afirmar-se que as IACS induzem custos elevados com consequências tanto para aos hospitais, como para os doentes. Este tipo de infeções obrigam a maior tempo de internamento, mais terapêutica e meios complementares de diagnóstico, o que induz elevados custos para o estado. Para os doentes, terão um aumento substancial da mortalidade e da morbilidade. (Pires, 2013)

Sendo que o doente é o centro da prática de enfermagem, todos os cuidados devem assentar num conceito de proximidade em que a prestação respeite a individualidade. Assim, Alminhas (2007) considera que Cuidar no Serviço de Urgência implica para além de um conjunto de conhecimentos técnico-científicos, criar um clima de confiança e de escuta de forma a respeitar a individualidade, ou seja respeitar o doente enquanto pessoa. Na mesma perspetiva (Vaz, 2000 citado in Gomes, 2008) considera que é essencial que o enfermeiro demonstre capacidade em criar um ambiente de confiança, que saiba escutar o doente, de modo a que este perceçione que foi entendido de forma a estabelecer-se uma relação que conduza a cuidados de qualidade.

São vários os papéis que o enfermeiro de Urgência desempenha pois, para além de ser o elo entre o doente e a Equipa de Saúde, atua no sentido de satisfazer as necessidades do doente envolvendo, sempre, a família ou as pessoas significativas na prestação de cuidados diminuindo o impacto negativo das situações de doença e dependência de modo a fomentar a continuidade de cuidados (Ribeiro, 2008). O enfermeiro é também um elemento fundamental nos campos da investigação, gestão e ensino. Assim, Sheehy (2001a) considera que, para além das atribuições específicas, o enfermeiro é responsável por um desempenho inovador e abrangente com o intuito da melhoria dos cuidados. Assim, de acordo com Pontes *et al* (2008:4)

“Aos Enfermeiros da Urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.”

Face a isto, surgem no Enfermeiro de Urgência, necessidades formativas contínuas que demonstrem capacidade crítico-reflexiva do profissional sobre o seu agir, tal como menciona Schön citado por Alarcão (2007a:10)

“...implica um conhecimento situado na acção, holístico, criativo, pessoal, construído, um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade do profissional para apreciar o valor das suas decisões e as consequências de que dela decorrem”.

Como reforça Vaz et Catita (2000:17), o enfermeiro de urgência associa a sofisticação técnica de um ambiente *sui generis* a uma abordagem pessoal e de modo a conseguir o máximo para o doente.

2.2 - DOENTE CRÍTICO NA SALA DE EMERGÊNCIA

Os cuidados de Enfermagem em situações críticas têm registado progressos significativos no que diz respeito à qualidade da assistência à pessoa, devido a um enorme investimento tecnológico nesta área e a um significativo aumento na formação dos profissionais de saúde. Nos serviços com doentes em situação crítica, os cuidados de enfermagem costumam estar associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num meio em que a dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando consequentemente ansiedade, tanto no doente e família como nos enfermeiros que aí executam funções. (Sá et al, 2015)

A Sala de Emergência (SE) é uma valência no SU para o atendimento de doentes emergentes que possibilita a assistência instantânea e diferenciada à pessoa em situação crítica. O intuito é atender ao doente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte de forma rápida (DGS, 2001b). Esta sala, possibilita o restabelecimento das funções vitais de doentes adultos e pediátricos.

Para esta área são enviados todos os doentes em situação crítica, sendo possível a realização de diferentes procedimentos: suporte avançado de vida e de trauma, colocação de drenos torácicos, catéteres venosos centrais (CVC) e arteriais, nunca esquecendo a hierarquia da abordagem inicial/ primária do doente ABCDE (; A- manutenção da abertura da via aérea com controlo da cervical, B - respiração e ventilação, C- circulação e controlo de hemorragias, D- disfunção neurológica, E- exposição com controlo da temperatura (Cerqueira, 2010). Corroborando o autor anterior, Aehlert (2007) acrescenta que os cuidados que são prestados nesta sala têm como intuito a restauração rápida e espontânea da respiração e da circulação preservando-se, assim, os órgãos vitais do doente crítico.

A permanência do doente crítico nesta sala é sempre monitorizada por médicos e enfermeiros que atuam em equipa. Em situações de emergência a intervenção de enfermagem é realizada de forma interdependente, agindo em complementaridade de funções com outros profissionais de saúde (Deodato, 2008).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (OM) (2008:9) definem doente crítico como: "aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica".

De acordo com a OE (2009:20) o doente crítico é considerado o alvo de intervenção dos enfermeiros de Enfermagem Médico- Cirúrgica, sendo esta uma especialidade:

"... dirigida à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passíveis de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida".

Desta forma, a imprevisibilidade de ocorrências de situações urgentes/emergentes que muito caracterizam a SE exigem do enfermeiro, e permitem-lhe demonstrar, de acordo com Tomás (2011), a sua capacidade de reagir em situações imprevistas e complexas; bem como abordar questões complexas de forma sistemática e por outro lado, tomar decisões fundamentadas e demonstrar habilidades e conhecimentos em suporte avançado de vida.

O sucesso na SE está estritamente relacionado com a existência de materiais e equipamentos adequados mas, também e sobretudo, com a existência de uma equipa que desenvolva um atendimento sistematizado, organizado e disciplinado (Silva, 2003).

Tal como nos expõe Santos et al (2012), o trabalho em equipa envolve multidisciplinariedade e interdisciplinaridade, o que origina a construção de novas práticas e saberes entre membros da equipa, originando consequentemente um trabalho mais integral. Ou seja, quando se fala em interdisciplinaridade, a palavra remete-nos para o diálogo e para a troca de conhecimentos entre diferentes disciplinas, tendendo assim à horizontalidade nas relações de poder entre os diferentes campos (Alves et al, 2005). Esta interação surge mediante um objetivo considerado comum para todos. (Pinho, 2006)

A DGS, através da Circular Normativa nº 07/ 2010 menciona o interesse na organização dos cuidados hospitalares ao doente crítico, de forma a possibilitar uma rápida atuação, é necessário dispor de uma:

"Equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida, em termos de suporte científico e experiência; liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão; sala de emergência com os recursos necessários, organizados e preparados para a reanimação" (2010: 6).

Os enfermeiros que trabalham em contexto de emergência detêm um leque de conhecimentos específicos e aprofundados na área da ressuscitação cardio-pulmonar, assistência a politraumatizados e às mais variadas situações de urgência que, normalmente,

requerem uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas (Sheehy, 2011b).

No que diz respeito aos Cuidados de Enfermagem ao doente crítico, Phipps et al (1995:2389) consideram que:

“o objetivo da enfermagem deve ser o de proporcionar cuidados de enfermagem contínuos e de elevada qualidade a doentes em situações de risco de vida, permanecendo alerta às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente”.

Depois do doente crítico se encontrar estável na SE, deve ser transferido para o local previamente determinado, tendo em conta que a transferência deve ser sempre feita de forma segura e benéfica para o doente (Silva,2003).

2.3 - ESCALA JONES DEPENDENCY TOOL

A JDT (Anexo II) foi criada no Reino Unido pelo enfermeiro Gary Jones, em 2001, e validada pelo enfermeiro Robert Crouch. O intuito desta escala é avaliar o grau de dependência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência. A escala contribui, ainda, para a ponderação da carga de trabalho em enfermagem. Ou seja, após a aplicação da JDT, no Reino Unido, é utilizado o instrumento BEST (Baseline Emergency Staffing Tool), que traduz através de três componentes: número de admissões; dependência dos doentes (JDT) e competência dos enfermeiros (skill mix), a necessidade de recursos humanos de enfermagem no serviço de urgência. Em Portugal, atualmente, a distribuição de enfermeiros neste tipo de serviço é “...calculado de acordo com o número de postos de trabalho...” (O’Brien et al, 2005) e, em última análise, com os recursos humanos existentes no quadro.

Em 2008, no âmbito da Pós – Graduação em Urgência e Emergência da Universidade Atlântica, um grupo de formandos procederam à tradução, adaptação e validação desta escala para a língua portuguesa. Este processo de tradução e validação implicou um sistema rigoroso e faseado. Para tal, foram utilizadas as etapas recomendadas por Guillermin et al (2002): tradução e síntese, Back-translation e síntese, comité de peritos e pré-teste.

Para darem início ao trabalho recorreram, então, a uma amostra de 129 doentes, de dois serviços de urgência da região de Lisboa, um médico-cirúrgico e um polivalente. Por intermédio de testes estatísticos realizados, a versão portuguesa desta escala “...revelou-se um instrumento confiável e válido para a avaliação do grau de dependência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência.” (Santos et al, 2013).

Esta escala já foi aplicada em quatro SU de hospitais Portugueses por iniciativa de um grupo de Apoio ao Acompanhamento da Enfermagem em Contexto de Urgência e

Emergência da Secção Regional do Sul da OE, com o intuito de caracterizar a dependência da população utente. Daqui resultou um estudo que reflete a introdução da escala em duas urgências polivalentes e duas médico-cirúrgicas. A aplicação foi efetuada durante duas semanas, à entrada, no SU, de cidadãos com idade superior a 18 anos, em períodos homólogos, nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014, abrangendo um total de 1418 doentes. Verificaram que o nível de dependência mais representativo foi a dependência moderada, seguida do nível de dependência baixo (OE, 2015).

No Hospital de S.José, em Lisboa, a escala está a ser aplicada desde outubro de 2014 e serve para, de uma forma empírica, definir o número de enfermeiros necessários para a prestação de cuidados no Serviço de Observação (SO).

A JDT é constituída por 6 grandes domínios:

Comunicação – Comunicar vem do latim *comunicare* que significa “por em comum”, “entrar em relação com”. No entanto a comunicação permite ainda a partilha de conhecimentos, experiências, sensações, informações e medos, sendo que o seu valor “...sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente” Barbosa et al (2010:463).

Stefanelli (2005:29) distingue dois tipos de comunicação: a comunicação humana e a comunicação terapêutica. A primeira é entendida “como um processo de compreender, partilhar mensagens enviadas e recebidas, em que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas”. A comunicação que se privilegia nos serviços de saúde é a segunda, pois recorre-se à comunicação terapêutica com o intuito de ajudar a outra pessoa, desenvolvendo relações interpessoais construtivas, ou seja a comunicação terapêutica permite uma interação entre enfermeiro e doente ao proporcionar a oportunidade de um relacionamento que atinja os objetivos da prática de cuidar.

Para desenhar uma boa estratégia de cuidado é fundamental conhecer em profundidade o estado do doente. Neste sentido, a escala permite uma avaliação comunicacional baseada, em primeira instância, nos fatores que podem condicionar a avaliação: alteração de um ou mais, dos cinco sentidos (audição, visão, olfato, paladar e o tato), barreira linguística, nomeadamente o idioma e a incapacidade do doente em falar, e alterações do seu estado de consciência. Porém, pode também haver dificuldade do doente em comunicar devido ao estado em que se encontra (afasia ou disartria), grau de dor e problemas comportamentais (onde se inclui agitação psicomotora e a agressividade).

Confirmando as conceções anteriores, Silva et al (2010) aponta quatro barreiras que podem dificultar o processo de comunicação:

- Barreiras físicas: relacionadas com a patologia do doente e com o seu estado de consciência;
- Barreiras Psicológicas – emoções e sentimentos do doente;
- Barreiras socioculturais – relacionadas com especificidades culturais dos intervenientes, nomeadamente do doente;
- Barreiras Linguísticas – enfermeiro/doente falam línguas diferentes ou comprometimento das capacidades de linguagem do doente;

Em relação à dor, esta é considerada o 5º sinal vital e tem sido contextualizada como uma experiência individual subjetiva. A International Association for the Study of Pain (IASP, s.d.:86), define-a como:

“uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”

É multidimensional, ou seja, com uma dimensão psicossocial, espiritual e cultural e influência diretamente a dependência da pessoa. Desta forma, a dor, segundo DGS (2001:7) é “...pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, um verdadeiro problema de saúde pública.” Assim, é da competência do enfermeiro de urgência a identificação e avaliação da dor, a colaboração com a equipa multidisciplinar, a programação e implementação da terapêutica farmacológica prescrita, a prescrição e implementação de medidas não farmacológicas, a educação do doente e da sua família e a avaliação da resposta às terapias implementadas (Fontes ,2007).

Vias Aérea, Respiração e Circulação (ABC) – A Paragem Cárdio- Respiratória (PCR) vem, ao longo do tempo, representando motivo de alerta para os responsáveis da saúde pública. A maior parte das paragens decorre de problemas cardíacos (circulação) ou respiratórios, daí a necessidade de um atendimento precoce que evite danos na saúde e a morte.

A PCR pode surgir no contexto de problemas primários da via aérea, respiratórios ou associada a patologia cardiovascular. A obstrução da via aérea pode ser completa ou parcial. As completas conduzem rapidamente a PCR, as parciais podem desencadear lesões cerebrais (edema, hipoxia), pulmonares, exaustão ou PCR. A falência respiratória pode ser aguda ou crónica, contínua ou intermitente. Em doentes que têm reservas respiratórias diminuídas, pequenas alterações são suficientes para desencadear complicações graves, incluindo situações de PCR. (INEM, 2010)

As afeções cardíacas podem ser primárias ou secundárias, e a PCR, pode ser súbita ou antecedida de um estado de baixo débito cardíaco.

Mobilidade – Ao longo da vida, por doença ou devido ao envelhecimento, a pessoa pode ficar dependente de outros, perdendo a sua independência funcional. Um dos focos onde a Enfermagem centra a sua atenção é na mobilidade do doente, onde a intervenção do enfermeiro se efetiva ao nível do fortalecimento muscular, bem como na prevenção da deterioração. De acordo com a OE e de acordo com a classificação internacional para a prática de enfermagem (2006: 93) a mobilidade é definida como a:

“capacidade com as características específicas: Movimento voluntário e psicomotor do corpo, inclui a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento.”

A mobilidade é crucial para o desempenho das atividades de vida diárias e para garantir, não apenas as necessidades da pessoa, mas também para obter o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida.

No que diz respeito ao relacionamento da mobilidade com outras atividades de vida, Roper et al (1995: 28) declaram que: “ deve ser imediatamente evidente: o comportamento associado com as actividades respiratórias, alimentação, eliminação, trabalho e lazer (...), todos incluem movimento, pois, mesmo a dormir, os sistemas corporais continuam a sua actividade sem cessar.”

A figura seguinte representa algumas causas que têm como consequência a alteração da mobilidade (OE, 2013):

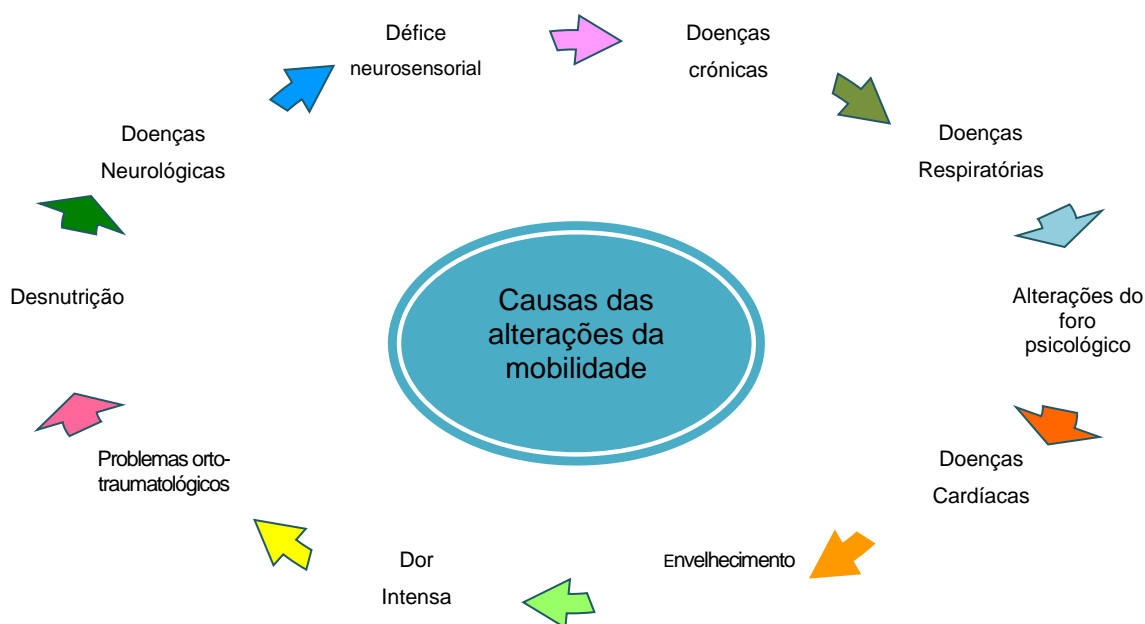


Fig. 1 – Causas das alterações da mobilidade

O papel do enfermeiro deve ir ao encontro de ajudar o doente a restituir a sua independência tão rapidamente quanto possível. (OE, 2013)

Alimentação, Ingestão Hídrica, Eliminação e Cuidado Pessoal - Cuidar prevê uma visão humanista com base em conhecimentos científicos. É desta forma considerado um processo intersubjetivo, que se encontra ajustado em relações interpessoais, com grande reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa, em que o enfermeiro participa com ela nos seus cuidados.

Collière (1989) considera que os cuidados prestados ao indivíduo doente de acordo com a sua natureza podem ser: cuidados quotidianos e frequentes, que se referem aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida (como: alimentação, conforto físico e psíquico, eliminação e cuidado pessoal); e cuidados de restauração, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida (doença).

Desta forma, não se podia deixar de mencionar a filosofia de Virgínia Henderson, que considera que a função do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria caso tivesse força, vontade e os conhecimentos necessários (Tomey, 2002). Desta forma, e ainda segundo a filosofia de Virgínia, o doente apresenta necessidades humanas básicas, sobre as quais os cuidados de enfermagem se desenrolam:

-respiração; alimentação; eliminação; movimentar-se; dormir; manter o auto-cuidado; comunicação. O papel do enfermeiro será ajudar o doente a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível (Tomey, 2002)

Necessidades de Segurança Ambiental de Saúde e Sociais - Quando se fala em necessidades, remete-nos para a Teoria de Maslow, que pressupõe que as necessidades do Ser Humano se encontram hierarquizadas. De acordo com Maslow (1943) as necessidades são motivadas por comportamentos: básicos (relacionadas com a sobrevivência), sociais (relacionais/vínculos), de crescimento (auto-realização) e de ideias (valores/crenças/conhecimento). Estas necessidades podem dividir-se em: Necessidades Fisiológicas que são entendidas como as mais básicas para a sobrevivência da pessoa. As Necessidades de Segurança, pressupõe que o doente tem de se sentir protegido e amparado no que diz respeito aos seus medos e anseios. As necessidades Sociais traduzem relacionamentos baseados na emoção e a necessidade de desenvolver um sentimento de pertença. As necessidades de Estima vão ao encontro de o doente precisar sentir-se respeitado e valorizado. Por último existem as necessidades de auto realização, que dizem respeito ao sentimento de harmonia do doente. (Zalenski et al, 2006).

Porém, a forma como estas necessidades são satisfeitas depende da capacidade de cada pessoa, quer do ponto de vista físico, psicológico, social ou espiritual. (Twycross, 2003).

O grau de incapacidade que a doença induz à condição humana da pessoa doente, é realmente uma preocupação e um fator de claro sofrimento para o doente e sua família, uma vez que o equilíbrio e a harmonia irão ser quebrados por sensações, emoções e questões práticas que têm de ser reajustadas.



Fig. 2 – Pirâmide de Maslow .Fonte: Zalenski et al (2006)

Assim, todas as atividades de vida mencionadas anteriormente (manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração,) onde se inclui também a mobilidade contribuem para o processo complexo de vida.

Triagem de Manchester(TM) - A procura pelos Serviços de Urgência tem crescido durante as últimas décadas, conduzindo à necessidade de modificação na organização da assistência. O elevado fluxo de doentes que constantemente recorrem ao SU torna essencial a existência de um sistema organizado de gestão de doentes, desde a sua chegada até à sua partida (Afonso, 2011).

A capacidade de identificar os doentes que mais rapidamente precisam de cuidados é particularmente necessária numa realidade que é caracterizada por uma casuística elevada que impossibilita o atendimento simultâneo de todos os doentes (Relatório CRRNEU, 2012). Desta forma, para que haja um SU eficaz, é essencial a presença de uma triagem inicial, como temos em Portugal, a TM que, de forma objetiva e sistemática, tenha em consideração a situação clínica dos doentes e não apenas a sua ordem de chegada.

A TM permite, assim, identificar uma prioridade clínica, com subsequente alocação do doente na área de atendimento mais ajustada. (DGS, 2015)

O objetivo do sistema de TM é identificar de forma objetiva e sistemática, critérios de gravidade que indicam a prioridade clínica de um doente e um tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Marques, 2009), não se tratando de estabelecer diagnósticos. Está preconizado que a triagem de adultos deve ser efetuada num período de tempo de dois a cinco minutos (Pereira, 2014).

O sistema de TM é constituído por cinco níveis de prioridade identificadas por um número, nome, cor e tempo de espera para a primeira avaliação médica, conforme se pode avaliar no Quadro abaixo.

Nível	Categoria de Urgência	Cor	Tempo máximo de espera
1	Emergente	Vermelho	0 min
2	Muito Urgente	Laranja	10 min
3	Urgente	Amarelo	60 min
4	Pouco Urgente	Verde	120 min
5	Não Urgente	Azul	240 min

Quadro 1 -Prioridades na TM. Fonte: Grupo Português de Triagem (2007)

2.3.1- Resultado da JDT:

Após a avaliação destes seis domínios da escala, resulta um score que indica um dos quatro níveis de dependência que o doente que recorre ao serviço de urgência apresenta, que será apresentado mais concretamente na fase de planeamento.

2.4. A DEPENDÊNCIA DO DOENTE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SU

O conceito de dependência está profundamente relacionado com a incapacidade da pessoa em satisfazer as necessidades humanas básicas. Assim:

“entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (Sequeira, 2010:5).

Contudo, o Ministério da Saúde (2006:3857) apresenta um conceito de dependência mais abrangente, considerando:

“dependência a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária.”

Compreende-se, destas duas definições, que a dependência refere-se à “incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação “ (Lemos et al 2002: 893). Importa ainda referir que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente (Paschoal, 2007).

A escala JDT, que motiva este relatório e que apliquei diretamente num serviço de urgência, mede, avalia e clarifica quatro níveis de dependência em cenário de urgência. A ferramenta, criada no Reino Unido e já traduzida e validada em Portugal, propõe uma avaliação, à entrada do doente no SU, com vista à parametrização do nível de dependência apresentado que pode ser baixo, moderado, elevado ou total.

O nível mais alto, total, implica uma completa diminuição de faculdades o que motiva um cuidado mais abrangente e pormenorizado. Significa que, confrontado com um caso destes, o enfermeiro de urgência tem de providenciar, além da técnica, todo um conjunto de mecanismos que permitam satisfazer as necessidades mais básicas. A assistência compreende tudo aquilo que o enfermeiro faz pelo doente, quando este não reúne as condições para o fazer, seja por que motivo for. Por sua vez, o grau de dependência baixo, no que se refere à assistência de enfermagem situa-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento. (Carmona et al, 2003)

2.5. O DOENTE DEPENDENTE NO SEIO FAMILIAR, UM DESAFIO PARA O ENFERMEIRO DE URGÊNCIA

A família, enquanto unidade social está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros. Assim, para manter a integridade da unidade familiar, esta assume funções fundamentais de maneira a dar resposta às suas necessidades enquanto família, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas que a sociedade detém (Monteiro, 2010).

Uma das funções básicas da família consiste em assegurar a proteção de saúde dos seus membros nas vertentes: física e psicológica e, por outro lado, dar apoio e resposta às necessidades básicas durante o período de doença. Durval citado por Moreira (2001:23), relativamente às funções da família define-as “...como aquilo que ela tem que fazer a fim de

suprir as necessidades dos seus membros para sobreviver e dar uma contribuição para a sociedade.”

A família tem sofrido ao longo dos tempos transformações significativas, de tal ordem que na literatura existem diversos conceitos de família, sendo por isso muito difícil encontrar um conceito suficientemente abrangente que traduza a totalidade da sua dimensão.

De acordo com Martins (2002:113) “A família é, sem dúvida, a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização bem como para a formação da sua personalidade.”

No atual contexto sócio-cultural, a família continua a ser a unidade básica na qual nos desenvolvemos e adquirimos as primeiras competências, ou seja, adquirimos e desenvolvemos o nosso papel social. Ainda de acordo com Martins (2002: 111) “A família é, pois, o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos”. Assim, pode-se afirmar que a família é a célula vital da sociedade.

Alarcão (2006) dá-nos uma perspetiva do conceito de família mais global considerando que a família é: um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É, também, o espaço de vivência de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela família e não a outra qualquer.

A entrada de um membro dependente na família impõe-lhe uma reorganização em relação às tarefas, “...no sentido de se adaptarem ao processo de transição, com implicações sociais, económicas e estruturais” (Jorge, 2004:26), pois a interdependência que se gera entre os membros de uma família, legítima que o que acontece a um dos seus elementos se reflita nos restantes intervindo, desta forma, na dinâmica familiar desencadeando repercussões no bem-estar de todos os elementos. Ou seja, perante o impacto da doença, a família muitas vezes, não está preparada para responder adequadamente às necessidades dos familiares dependentes, uma vez que a unidade familiar vivência, em simultâneo com a doença, o processo de transição, ou seja, a necessidade do exercício de um novo papel. Desta forma, a família é um sistema interativo, pois os seus elementos são interdependentes, “... de tal forma que uma modificação num deles provoca uma modificação de todos os outros” (Marc et Picard, 1984 cit. in Alarcão, 2006: 17), alterando assim, o equilíbrio familiar. Esta interdependência contribui para que a família se adapte e mantenha a homeostasia (Hanson, 2005).

De acordo com Meleis (2005) assistir o indivíduo, e a sua família, a lidar com as transições que afetam a sua saúde emerge como um desafio para os enfermeiros do SU, de forma a reduzir-lhes o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da unidade familiar

garantindo, desta forma, cuidados competentes e de excelência. No entanto, o enfermeiro de urgência tem sempre que ter em linha de conta que cada família tem as suas necessidades específicas, consequência das suas condições de vida, da sua história e das características do doente dependente (Araújo, 2012). É importante que o enfermeiro situe o ponto em que a família se encontra no seu ciclo vital e verifique em que momento ocorrem determinadas alterações e se estas correspondem ou não a momentos de instabilidade/crise. É essencial, também, conhecer os recursos e competências que cada família dispõe e determinar as suas necessidades, os seus objetivos e as suas prioridades na presença da dependência de um dos seus elementos (Araújo, 2012). Este papel do enfermeiro de urgência como mediador, entre o doente dependente e a família, é muito importante uma vez que a está a dotar de ferramentas que lhes possibilitem cuidar do seu ente querido no momento da alta.

2.6 - RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM NO SU

O primeiro método de planeamento de recursos humanos de enfermagem surgiu em meados do século XIX, com Florence Nightingale, pioneira da administração hospitalar e precursora de profissão de enfermagem. Designado intuitivo, este método baseava-se na subjetividade e na relação proporcional entre trabalhadores e tarefas, considerando a gravidade dos pacientes. (Magalhães et al, 2009)

Atualmente, devido à complexidade dos cuidados, tem-se buscado desenvolver métodos de adequação de pessoal de enfermagem às características dos doentes, bem como ao grau de dependência que apresentam. (Magalhães et al, 2009)

Nos serviços de urgência, o processo de cuidar, como eixo central do trabalho dos enfermeiros, constitui um processo complexo contínuo, que não pode ser adiado ou interrompido, denotando assim, a necessidade de um adequado planeamento de recursos humanos. (Magalhães et al, 2009)

A gestão adequada de recursos humanos de enfermagem interfere diretamente na eficácia e no custo do atendimento em saúde, contudo a falta de parâmetros para o planeamento e avaliação desses recursos, tem levado as lideranças de enfermagem a equacionar a necessidade de pessoal de uma forma empírica, baseadas na experiência e no julgamento intuitivo. Assim, nos SU e de acordo com a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem emanada pela OE (2014), o planeamento é feito com base no “posto de trabalho”, adequado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês.

Como vimos, desde os primórdios, há uma busca incessante pela otimização de cuidados. Desde sempre e até agora tentou relacionar-se a gravidade e dependência com os recursos de enfermagem a empenhar. Com a evolução, na arquitetura do SNS e da própria sociedade, os desafios adensam-se constantemente. Os recursos humanos são os definidos por “posto de trabalho” e, nem sempre, adequados à circunstância particular. Há que atender à enorme volatilidade de um serviço de urgência. Ou seja, o dia normal em que os recursos são adequados contrasta, frequentemente, com os picos de difícil previsibilidade. Se uma catástrofe não é previsível um surto, como o de gripe por exemplo, pode ser alvo de planeamento organizacional.

3 - ANÁLISE DO CONTEXTO

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO DISTRITO DE PORTALEGRE (ALTO ALENTEJO)

	Alto Alentejo		Alentejo		Continente	
Ano	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Densidade Populacional	20,5	19	24,4	24	110,9	112,8
Taxa de Natalidade (‰)	7,5	6,6	8,8	8,1	10,8	9,1
Taxa de Mortalidade (‰)	18	18,3	13,5	13,4	10,1	9,8
Índice de Envelhecimento (Nº)	250	263,4	163,6	175	104,8	130,5
Índice de Dependência Total (Nº)	72,5	69,3	56,4	60,9	47,7	51,9

Quadro 2 - Indicadores Demográficos. Fonte:Cimaa, 2014

A população do distrito de Portalegre, constituída por 118.506 habitantes (INE, 2011 cit in cimaa, 2014), encontra-se cada vez mais envelhecida. Se comparado, o índice de envelhecimento no alto Alentejo é superior à media do Alentejo e muito superior ao todo nacional, com um valor de 263,4 em 2011. De igual modo a taxa de mortalidade mostra a mesma tendência o que não está dissociado do próprio envelhecimento populacional. Com estes traços gerais, de que apenas revelo fatores que podem ser relacionados com o objeto

em estudo, esta população apresenta, de igual modo, o maior índice de dependência por comparação com os números que ponderam os três distritos alentejanos e o próprio território nacional. Tudo isto tem associado o cariz de problemática, uma vez que tem inerente a questão da dependência o que induz, muitas vezes, à procura de um maior número de cuidados de saúde, nomeadamente nos SU.

3.2 - CARACTERIZAÇÃO DO SU DO HDJMG

Neste subcapítulo farei uma breve caracterização do local onde decorreu o estágio, que considero pertinente de forma a contextualizar a minha fundamentação teórica e a facilitar o conhecimento da instituição. Tal como refere Quivy et Champenhoudt, (1998) o campo de análise do estudo deve ser claramente circunscrito num espaço, geográfico e social.

O HDJMG está localizado numa das periferias da cidade de Portalegre. Em termos jurídicos reveste a forma de Entidade Pública Empresarial (EPE) e destina-se a servir uma população de aproximadamente 118.506 habitantes (censos de 2011 cit in Cima, 2014) distribuídos pelos 15 concelhos do Distrito de Portalegre.

Este Hospital, Distrital, construído em 1974, integra a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) que gere ainda o Hospital de Santa Luzia, em Elvas, e 16 centros de saúde da região.

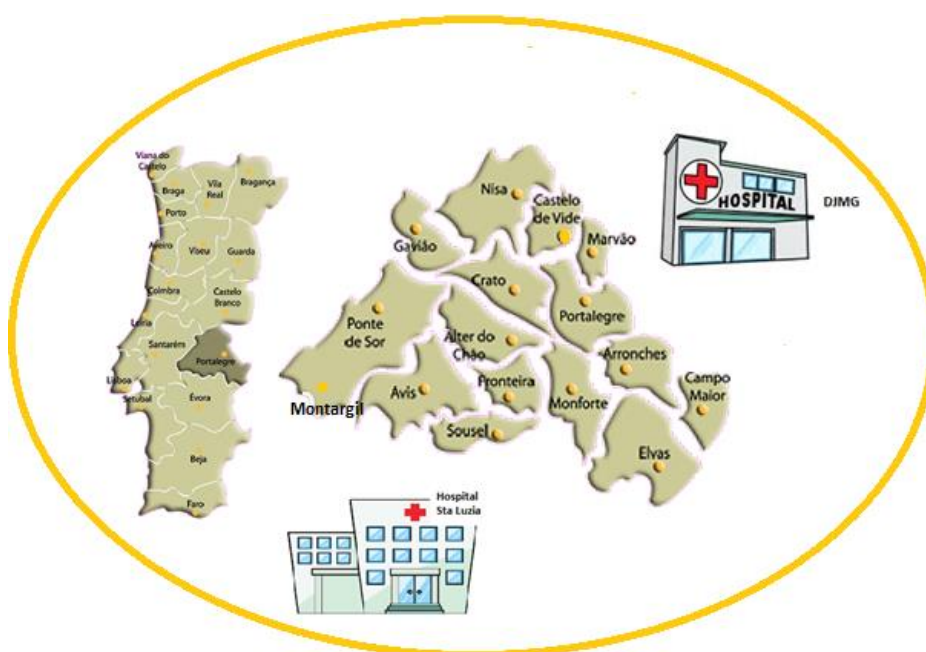


Fig. 3 - Constituição da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Fonte: ULSNA, s.d.

E tem como missão:

- Promover o potencial de todos os cidadãos, através do desenvolvimento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na busca contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.

A atividade assistencial do HDJMG abrange: internamento, SU; Consulta externa; Hospital de Dia; Bloco Operatório; Bloco de Partos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Depois de conhecidas algumas características orgânicas e funcionais do HDJMG, irei particularizar o SU, uma vez que foi neste serviço que decorreu o estágio.

O SU tem como missão principal a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes, colaborar no desenvolvimento da formação de profissionais de elevada qualidade, desenvolver investigação em saúde e utilizar de forma eficaz e eficiente os recursos materiais e humanos existentes.

Esta Urgência, de acordo com o Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde, é enquadrável na tipologia Médico-Cirúrgica, o que significa que dá resposta a situações urgentes e emergentes, atendendo doentes de baixo, médio e alto risco. Possui as seguintes especialidades: cirurgia, ortopedia, medicina e psiquiatria. Para os doentes que necessitam de outras especialidades, é feito um transporte inter-hospitalar, nomeadamente para o: Hospital do Espírito Santo, de Évora, e para os de S. José e de Santa Marta, em Lisboa.

Em relação à estrutura física, o SU é constituído por 8 áreas distintas: a sala de triagem, a sala verde, a sala amarela, a SE, uma sala para pequenas cirurgias, uma sala de ortopedia, um gabinete de medicina e um gabinete para consultas de psiquiatria. Durante a permanência no SU os doentes têm duas salas onde podem estar até terem alta clínica, ou até serem encaminhados para um serviço de internamento ou para outro hospital, de acordo com a condição clínica que apresentem.

Na triagem encontra-se implementado o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Sendo que a triagem apenas é feita por enfermeiros que detenham formação específica. A atualização dos conhecimentos é feita de acordo com as diretivas emanadas pelo Ministério da Saúde. O intuito da triagem é identificar critérios de gravidade e a definição do tempo de espera até à primeira observação médica. É neste momento que o enfermeiro aloca os doentes de acordo com as necessidades que apresentam, tal como é evidenciado na imagem seguinte.

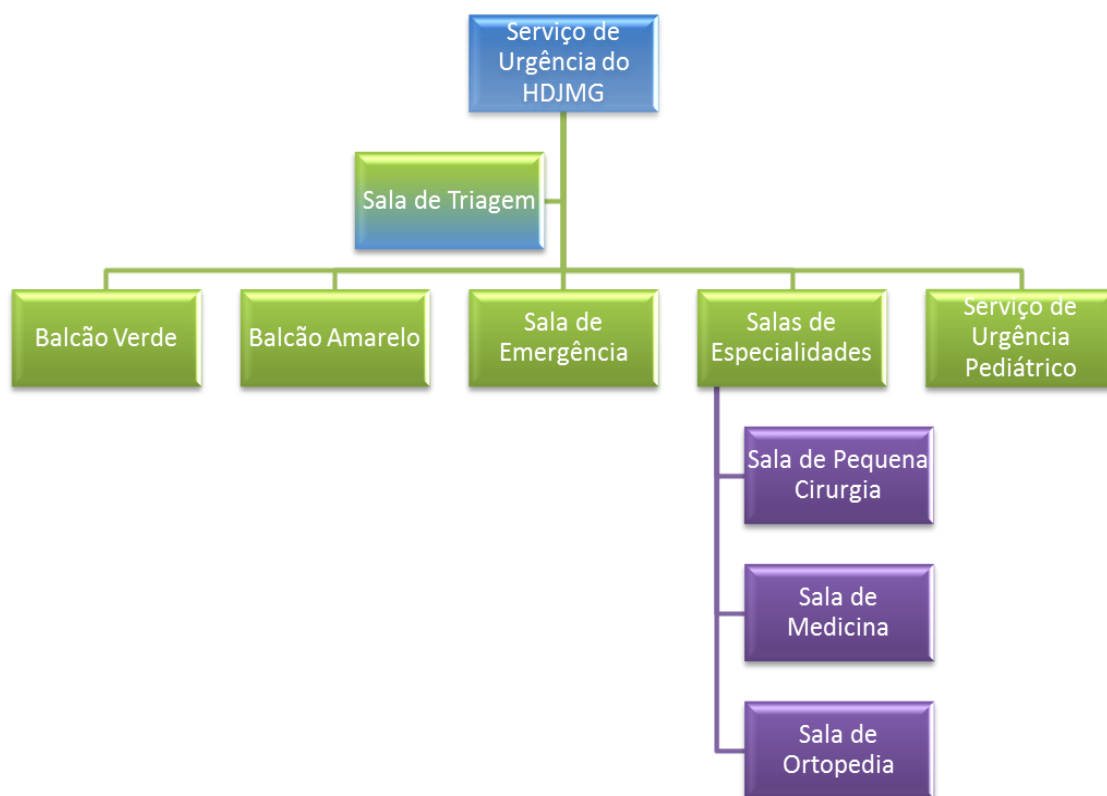


Fig.4 – Estrutura Funcional do SU do HDJMG. Fonte:ULSNA, s.d.

Ou seja, é no momento da triagem que os doentes são alocados ao serviço de urgência. Estes podem ir para o balcão verde, sempre que a sua cor de prioridade for azul ou verde. No caso de ser amarelo ou de cor laranja o doente é alocado ao balcão amarelo. Os doentes que necessitam de cuidados imediatos devido à sua instabilidade hemodinâmica, são encaminhados diretamente para a SE. Por sua vez, os doentes também podem ser alocados às salas de especialidade sempre que venham referenciados por outro clínico. As crianças e jovens, até aos 17 anos inclusive, são alocados ao serviço de urgência pediátrico que se encontra a funcionar em simultâneo com o serviço de urgência geral, até às 24 horas. A partir desta hora e até às 8h, o serviço de urgência geral dá resposta a todos os doentes, independentemente da idade que apresentem.

Particularizando, a SE está preparada para receber dois doentes em simultâneo e dispõe de equipamento necessário para uma monitorização precisa com suporte ventilatório assistido e medicação de emergência. O enfermeiro que se encontra em balcão amarelo no turno da manhã é responsável por preencher uma check list de verificação de todo o material e de todo o equipamento da sala, bem como da medicação de emergência.

A sala verde e a sala amarela são salas de tratamento, onde os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem, nomeadamente, administração de medicação, execução de técnicas e avaliações de enfermagem.

No SU os processos dos doentes encontram-se via eletrónica, ou seja os profissionais de saúde utilizam o aplicativo informático Alert. Este sistema fornece dados, em tempo real, desde a entrada do doente até à saída. Permite também identificar os doentes por nível de prioridade de triagem, bem como a necessidade de cuidados de enfermagem, exames complementares de diagnóstico e medicação, tudo de acordo com prescrição médica.

Acoplado ao SU existem dois Serviços de Observação (SO), denominados o SOA e o SOB, com a capacidade de 18 camas, onde se encontram os doentes internados que provêm do SU e que se encontram numa fase instável e requerem uma maior vigilância hemodinâmica. Nestas salas a prestação de Cuidados de Enfermagem é feita pelo método individual de trabalho. Assim, o enfermeiro é responsável pela prestação de todos os cuidados, durante o seu turno de trabalho (Frederico et al, 1999). O serviço tem, em permanência, especialistas de medicina interna. A alta, do SO, é gerida pela equipa médica e de enfermagem, de forma que o doente fique o menor tempo possível e seja transferido para um serviço de internamento.

Os doentes podem ser transferidos internamente, no entanto o enfermeiro do SU só acompanha o doente se este for para o Bloco Operatório, ou para o SO. Para os restantes serviços do Hospital antes da deslocação do doente até ao serviço, o enfermeiro do SU faz o telefonema prévio para esse mesmo serviço onde comunica as principais ocorrências, bem como o diagnóstico feito pelo médico, cabe posteriormente ao assistente operacional transferir o doente para o respetivo internamento.

Assim, ao nível dos recursos humanos, o Serviço de Urgência é constituído por uma equipa de administrativos, por uma Equipa Médica, por uma Equipa de Assistentes Operacionais e por uma Equipa de Enfermagem.

A Equipa Médica é constituída por dois médicos que se encontram na triagem, um médico de medicina interna, um cirurgião e um ortopedista. A psiquiatria funciona à chamada sendo o médico chamado nos casos específicos que exijam a avaliação da especialidade.

Em relação à equipa de Assistentes Operacionais, encontram-se três no turno da manhã e dois no turno da tarde/noite. Na manhã, dois trabalham diretamente em colaboração com os enfermeiros da urgência e o outro é denominado o assistente operacional que se encontra a “andar”, o que significa que é este que acompanha os doentes à realização dos exames complementares de diagnóstico. No turno da tarde/noite, um dos assistentes operacionais trabalha em colaboração com os enfermeiros e o outro é destacado para “andar”.

Desta forma, os enfermeiros trabalham num contexto multiprofissional e “ (...) têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde” (REPE, 1998). Onde, e de acordo com o mesmo documento, podem diferenciar-se dois

tipos de intervenções de enfermagem: as autónomas, cujas ações realizadas pelos enfermeiros são de sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, conforme as respetivas qualificações profissionais, e as intervenções interdependentes, que são ações realizadas pelos enfermeiros ajustadas com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos de saúde, para atingir um objetivo que lhes é comum, resultantes de um plano de ação que foi previamente determinado pela equipa multidisciplinar.

Assim, a Equipa de Enfermagem é constituída atualmente por 43 enfermeiros, distribuídos por 5 equipas de 6 a 7 elementos, em regime de trabalho por turnos. Existem 5 enfermeiros com turno fixo, que fazem apenas manhãs, entre as 8h e as 16h. A gestão do serviço é assegurada pela enfermeira chefe que conta com a colaboração de um outro enfermeiro destacado para tarefas organizacionais. A distribuição da equipa por cada turno é feita pelo chefe de equipa, que aloca um enfermeiro na triagem, outro na sala verde, e outro na sala amarela e os restantes no SO. No entanto, o número de enfermeiros por cada turno é variável, ou seja, no turno da noite estão 6, no turno da manhã 10 a 12 e no turno da tarde 7 enfermeiros. O enfermeiro alocado à sala verde dá apoio à pequena cirurgia e à ortopedia. Por sua vez, o enfermeiro que se encontra na sala amarela dá apoio à sala de emergência. Além da distribuição física dos elementos, o chefe de equipa tem a responsabilidade de decidir no que diz respeito às necessidades dos doentes, ao planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem que são prestados (Frederico et al, 1999).

Assim, a adoção do tipo de método de trabalho espelha a filosofia do cuidar da instituição de saúde, a sua conceção de cuidados, o seu modo de pensar e organizar os mesmos, indo desta forma, muito além de uma simples distribuição de atividades. (Parreira, 2005)

O método de trabalho que melhor se adapta à prática de Cuidados de Enfermagem na Urgência, é o Método de Equipa. Consiste na organização dos elementos, atribuindo-lhes a responsabilidade de um grupo de doentes, pela qual assumem a responsabilidade da prestação global dos cuidados.

3.3 - PERCURSO DO DOENTE NO SU

Após a inscrição do doente junto dos administrativos este é alvo de triagem por um enfermeiro, de acordo com o protocolo de Manchester, onde lhe é atribuída uma cor de acordo com a gravidade dos sinais e sintomas que apresenta. A triagem inicial condiciona todos os processos de gestão subsequentes sendo, desta forma, determinante para a

definição dos circuitos de encaminhamento de doentes e os cuidados que lhe são ministrados (Silva, 2009).

De acordo com o seu grau de gravidade, o doente, é encaminhado para um dos balcões: verde/azul; amarelo. Em casos graves segue diretamente para a SE ou para uma das salas de especialidade: pequena cirurgia, ortopedia ou psiquiatria. A determinação deste circuito é feita na organização interna dos SU de forma a garantir tempos de espera aceitáveis e a manutenção de uma boa prática clínica (Mackway-Jones, 2003). Por outro lado, o célere encaminhamento do doente irá beneficiar no tratamento precoce e também na redução do tempo de duração do episódio de urgência. (Silva, 2009).

A necessidade de compreender e desenvolver processos para uma organização mais eficiente dentro dos SU é fundamental para a gestão destes serviços que tendencialmente estão congestionados. (Salluzzo, 1994).

O percurso é este e sempre este. A agilidade é que não é sempre a mesma e isso depende, em grande medida, do que está a acontecer. Uma das críticas mais comuns ao funcionamento dos SU prende-se com os tempos de espera que estão definidos e devidamente parametrizados pelas cores. Acontece que, em caso de emergência e risco de vida, a atenção de todos os profissionais é dirigida para o doente mais frágil. Esta luta por um bem maior influencia, em muito, todo o funcionamento regular. A prioridade da emergência é, muitas vezes, o motivo do alargamento dos tempos de espera. Mas para esta realidade contribui também a crónica falta de recursos humanos de enfermagem.

4 - METODOLOGIA

Este relatório foi desenvolvido tendo em conta a Metodologia de Projeto. A palavra projeto teve origem no séc. XV e etimologicamente deriva do latim: *projectare*, que significa lançar para a frente, atirar. No entanto, numa perspetiva mais recente, Pereira (2011) considera que projetar pode ter vários significados, de acordo com distintos autores, desta forma, para uns significa pensar no futuro, para outros significa controlar o futuro e para outro, ainda, tomar decisões planeando o futuro.

O planeamento pode ser definido como um instrumento de racionalização da ação humana (Teixeira et al, citado in Pereira, 2011), sendo uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real (Imperatori et Giraldes, citado in Pereira, 2011). Esta metodologia é um modelo teórico para a ação futura, no sentido de que a transformação da realidade ocorra de forma mais eficiente (Tavares, citado in Pereira, 2011). No entanto, Imperatori e Giraldes citado in Pereira (2011) consideram que o planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude que pressupõe a mutualidade da realidade, reconhecendo assim a possibilidade de agir sobre ela, de forma que haja transformações orientadas por finalidades prefixadas.

Este tipo de metodologia baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e tem como intuito a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a resolução do problema. Resumindo, esta metodologia é definida como:

“um conjunto de operações que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, isto é, permite prever uma mudança. É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projeto numa situação real.” (Nunes, 2010:3)

Porém, nunca poderá considerar-se uma etapa do processo como inteiramente concluída uma vez que, na fase seguinte, é possível voltar à etapa anterior e recolher mais informação de forma a refazê-la (Imperatori et Giraldes, citado in Pereira, 2011). Ou seja, não se trata de um processo estanque, uma vez que permite uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, sendo assim um processo dinâmico, adaptando-se e reorientando-se ao longo da intervenção sempre que necessário (Leite et al, 2011).

Esta metodologia de acordo com Nunes (2010) assume características fundamentais, tais como:

- É uma atividade intencional que pressupõe um objetivo formulado pelos autores e executores do projeto ou apropriado por eles, que dá sentido às várias atividades, e está associado a um produto final que procura responder ao objetivo inicial e reflete o trabalho realizado.
- Pressupõe iniciativa e autonomia daqueles que o realizam, os quais se tornam co-responsáveis pelo trabalho e pelas escolhas ao longo das sucessivas fases do seu desenvolvimento. Normalmente existe um grupo de pessoas envolvidas na realização do projeto, pelo que a cooperação assume igualmente uma grande importância, ainda que existam também projetos individuais.
- A autenticidade, ou seja, o projeto foca um problema genuíno para quem o executa e envolve originalidade.
- Envolve complexidade e incerteza, isto é são as tarefas complexas e problemáticas que precisam de ser “projetadas”.
- Tem um caráter prolongado e faseado, estendendo-se ao longo de um período de tempo e percorrendo as várias fases desde a formulação do objetivo central até à apresentação dos resultados e sua avaliação.

De acordo com Leite et al (1989) citado in Alarcão (2007b), este tipo de metodologia tem como intuito: a produção de conhecimento; a sensibilização para uma metodologia de resolução de problemas, estabelecer relações entre a teoria e a prática, desenvolver capacidades de investigação, experimentar técnicas e métodos diversificados, compreender a realidade como um campo de saber.

Ainda de acordo com Nunes (2010) a metodologia de projeto é constituída por seis etapas: 1) Diagnóstico da Situação; 2) Definição de Objetivos; 3) Planeamento; 4) Execução; 5) Avaliação e 6) Divulgação dos Resultados Obtidos.

Como já foi mencionado anteriormente, esta metodologia pode apresentar vários significados e etapas consoante os autores, no entanto para a elaboração deste projeto seguiram-se as etapas da metodologia de projeto de Nunes por se apresentarem claras, objetivas e concisas.

4.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico de Situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação – problema identificado, ou seja, elaboram-se um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar.

A alteração demográfica é uma realidade na sociedade atual, com contornos únicos na história da humanidade. Esta alteração está a ser desencadeada pela redução da taxa de natalidade e pelo aumento da esperança média de vida o que se traduz, atualmente, na existência de uma população cada vez mais envelhecida, a que corresponde, consequentemente, um acréscimo de situações patológicas e de situações de dependência física, com a consequente procura e necessidade de cuidados de saúde (Silva, 2006).

Entre 1960 e 2004, a população idosa portuguesa duplicou em valores absolutos e antevê-se que em 2050 este grupo represente cerca de 32% da população total (Aper, 2011). Assim, é também previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada que induzem graus de dependência elevados. Desta forma, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) tem centrado a sua atenção nas necessidades decorrentes da população cada vez mais envelhecida, com crescentes situações de dependência (Público, 2015).

Sendo o SU considerado a porta de entrada para o SNS, o envelhecimento da população e o que ele acarreta desencadeia uma maior afluência de idosos a este tipo de serviço. Desta forma, é premente ir repensando os SU para uma população geriátrica que representa uma grande fatia dos doentes (Azeredo, 2014). É essencial adequar a estrutura e a funcionalidade dos serviços de urgência para responder às necessidades de um grupo populacional que mais consome cuidados de saúde: os idosos.

De acordo com o Relatório Primavera (2015), existem atualmente no país 110.355 pessoas dependentes no autocuidado no domicílio, o que implica ajuda para as atividades básicas. Destas, 48.454 são pessoas com dependência total. Apesar de haver vários estudos, em vários concelhos, que apontam o envelhecimento da população como um problema, estes em nada garantem serem representativos do todo Nacional (Relatório Primavera, 2015). Assim, é essencial fazer uma monitorização da dependência do doente que recorre ao SU, primeiramente para se conseguir coadunar o nível de dependência que este apresenta às necessidades de cuidados durante a sua permanência no SU.

Nesta altura, em 2016, Portugal tem uma população idosa que ronda os dois milhões de pessoas mas a curva demográfica ainda não atingiu o pico máximo. É expectável que, brevemente, o país chegue aos três milhões de idosos, quase um terço da população, e destes mais de 400 mil sejam grandes dependentes. (Lopes et Sapeta, 2013)

O país está, pois, numa situação particularmente exigente e que resulta duma alteração significativa do paradigma. Se a evolução demográfica estava estudada, o que tornou previsível a atualidade, falta saber como reagirá o SNS com um cada vez maior número de idosos a consumir cuidados. Assim, medir a dependência dos que acorrem ao SU permite não só uma caracterização fiel do público alvo mas, também, ir ajustando as necessidades de recursos humanos de enfermagem.

Sendo que o principal problema, o envelhecimento da população, está estudado e previsto, centro este relatório num dos problemas que lhe estão associados: a cada vez maior dependência dos doentes.

4.2 - DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

No processo de definição dos objetivos é essencial que os problemas identificados sejam descritos de maneira sucinta, de forma a delimitar o problema que o projeto visa resolver para que a formulação dos objetivos seja clara.

Assim, os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o objetivo geral ao mais específico. Ou seja, os objetivos na metodologia de projeto “assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação “a realizar”, sendo que são fundamentais para a concretização do planeamento” (Ruivo et al, 2010:18).

É importante definir os objetivos consoante os níveis em que se enquadram, desta forma existem dois tipos de objetivos: os objetivos gerais e os objetivos específicos.

Porém, os objetivos devem deter algumas características, nomeadamente serem: claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração. (Nunes, 2010)

Objetivo Geral	Perceber o perfil de dependência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">- Aplicar a Escala Jones Dependency Tool no momento da triagem- Caracterizar o doente que recorre ao serviço de urgência

Quadro 3 - Objetivos de Estágio

4.3 - PLANEAMENTO

O Planeamento é a terceira fase da metodologia de projeto. Nesta fase é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade (Miguel, citado in Nunes, 2010).

Terminada a parte teórica, chegou o momento de decidir o tema para desenvolver o relatório que me permitirá concluir o mestrado. Assim, e em conversa com o antigo Enfermeiro-Chefe do SU do HDJMG, fiquei a conhecer a Escala de Dependência que teve origem no Reino Unido em 2001. Posteriormente, e em concordância com a atual enfermeira-chefe, achou-se pertinente caracterizar o perfil de dependência dos doentes que recorrem a este serviço. O intuito, em primeira instância, é cimentar o conhecimento deste fenómeno (dependência) recorrendo à evidência científica.

Desta forma, defini como instrumento de colheita de dados a aplicação da Escala JDT no SU onde realizei o estágio decorrente deste mestrado. A escala JDT, como já foi evidenciado na contextualização teórica, avalia a dependência do doente tendo em conta seis componentes que traduzem indicadores da prática de Enfermagem no contexto de urgência:

- Comunicação
- ABC
- Mobilidade
- Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-Cuidado
- Necessidades de Segurança Ambiental, de Saúde e Sociais
- Triagem de Manchester

Jones Dependency Tool (JDT) - Versão Portuguesa			
Componente	3	2	1
Comunicação	<input type="checkbox"/> Disfunção total devido a perda de um ou mais sentidos ¹	<input type="checkbox"/> Disfunção ou potencial disfunção de um ou mais sentidos	<input type="checkbox"/> Consegue comunicar através de todos os sentidos
	<input type="checkbox"/> Dor severa avaliada através da escala analógica/visual de Dor	<input type="checkbox"/> Dor moderada avaliada através da escala analógica/ visual de Dor	<input type="checkbox"/> Dor mínima avaliada através da escala analógica/visual de Dor
	<input type="checkbox"/> Não responde	<input type="checkbox"/> Reage apenas a estimulação verbal/dolorosa	<input type="checkbox"/> Alerta
	<input type="checkbox"/> Barreira linguística ²	<input type="checkbox"/> Dificuldade devido a barreiras linguísticas	<input type="checkbox"/> Ausência de barreira da linguagem
	<input type="checkbox"/> Problemas comportamentais graves	<input type="checkbox"/> Ansioso/triste/angustiado	<input type="checkbox"/> Calmo e colaborante
ABC³	<input type="checkbox"/> Paragem cardio-respiratória (ou risco de paragem)	<input type="checkbox"/> Risco de disfunção no ABC (potencial para choque devido à situação)	<input type="checkbox"/> Ausência de problemas no ABC.
	<input type="checkbox"/> Disfunção total no ABC ou choque ⁴		<input type="checkbox"/> Pequenas lesões/ferimentos
Mobilidade	<input type="checkbox"/> Imobilidade total	<input type="checkbox"/> Perda parcial de mobilidade	<input type="checkbox"/> Mobilidade total
		<input type="checkbox"/> Doente precisa de andarilho/cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Problema ligeiro nos membros
Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Perda da função intestinal/vesical e/ou vômitos incoercíveis ⁵	<input type="checkbox"/> Perda parcial da função intestinal/vesical e/ou vômitos.	<input type="checkbox"/> Controlo normal da função intestinal/vesical. Ausência de vômitos.
	<input type="checkbox"/> Incapacidade de se auto-cuidar.	<input type="checkbox"/> Perda parcial da capacidade de se auto-cuidar.	<input type="checkbox"/> Mantém o auto-cuidado
Necessidades de segurança ambiental, de saúde e sociais	<input type="checkbox"/> Revela perigo para si próprio ou para os outros	<input type="checkbox"/> Parece incapaz de compreender completamente os riscos	<input type="checkbox"/> Revela total capacidade para compreender completamente os riscos
	<input type="checkbox"/> Aparenta necessitar de amplo apoio social	<input type="checkbox"/> Necessita de apoio social	<input type="checkbox"/> Não necessita de apoio social
Triagem de Manchester	<input type="checkbox"/> Vermelho ou laranja (Emergente/Muito Urgente)	<input type="checkbox"/> Amarelo (Urgente)	<input type="checkbox"/> Verde ou Azul (Pouco Urgente/Não Urgente)

Fig. 5 - Escala Jones Dependency Tool

Cada uma destas seis componentes é constituída por uma ou mais alíneas, que são classificadas, na altura do preenchimento, atribuindo o valor 1, 2 ou 3, por ordem de gravidade sendo o 3 o mais elevado. Nas componentes ABC e Mobilidade apenas é assinalado um dos parâmetros com a mesma valoração (de 1 a 3). O valor final, de cada alínea, que irá prevalecer em cada componente será sempre o mais alto. Da soma dos valores que integram as várias componentes, resulta um valor, que pode variar de 6 a 18 pontos. (Os scores apresentados no quadro seguinte, foram exclusivamente para facilitar tratamento dos dados no SPSS). O grau de dependência é atribuído conforme o quadro que se segue:

Total de Pontos JDT	Grau de Dependência	Score
06-07	Grau de dependência baixo	Score=0
8-12	Grau de dependência moderado	Score=1
13-15	Grau de dependência elevada	Score=2
16-18	Grau de dependência Total	Score=3

Quadro 4 - Grau de dependência de acordo com a JDT. Fonte: Beja et Filipe (2013)

O score 0, que corresponde a 6 ou 7 pontos na escala e a um grau baixo de dependência baixo, significa uma pessoa independente com necessidade de cuidados de enfermagem mínimos. Por sua vez o score 1, a que corresponde 8 a 12 pontos e a um grau de dependência moderado, significa um doente com necessidade de alguns cuidados de enfermagem tendo em vista a promoção da independência. No score 2, a que corresponde 13 -15 pontos e a um grau de dependência elevado, significa um doente com necessidade de cuidados de enfermagem. Por fim, score 3, que corresponde 16-18 pontos na escala e um grau de dependência total, significa que o doente é completamente dependente de cuidados de enfermagem.

A variável dependente "...é aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar..." (Polit et Hungler, 1995) que neste caso se prende com a dependência do doente que recorre ao SU. Por sua vez, foram introduzidas no estudo algumas variáveis independentes. As variáveis independentes são variáveis "...que o investigador manipula num estudo...para medir o seu efeito na variável dependente. (Polit et Hungler, 1995) Assim, as variáveis introduzidas na amostra, foram: sexo; idade; local de proveniência do doente, se do domicílio, ou de uma instituição (entende-se por: lar, cuidados continuados ou centro de dia), ou outros; turno; e o dia da semana. Servem para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra (Fortin, 2003).

A população alvo é definida por Fortin (2003:202) como "*a colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns ...*" o que neste relatório corresponde a todos os doentes, do distrito de Portalegre, que podem recorrer ao SU do HDJMG, enquanto unidade de referência. Esta população alvo é a que deu origem à arquitetura do sistema sendo certo que o SU está aberto a todos os doentes que dele necessitem. Recebe, por princípio, todos os cidadãos que, numa perspetiva de proximidade ou emergência, necessitem de cuidados hospitalares.

Logo depois da delimitação da população é necessário precisar os critérios de seleção dos seus elementos, estes critérios são guias importantes para a escolha da amostra, ou

seja os critérios dizem respeito às características requeridas para que um elemento faça parte da amostra (Fortin, 2003).

Por sua vez, a amostra é “...um sub-conjunto de uma população (...) uma réplica em miniatura da população alvo”(Fortin, 2003:202). Que deve ser representativa da população visada, ou seja as características da população devem estar presentes na amostra selecionada. (Fortin, 2003) Neste relatório a amostra corresponde aos doentes adultos que recorreram ao serviço de urgência do HDJMG no período de 18 a 24 de janeiro de 2016, e a quem tenha sido aplicada a escala tendo em conta os critérios de exclusão previamente estabelecidos.

Assim os critérios de exclusão são:

Critérios de exclusão:	
•	Doentes com pulseira branca (a escala não contempla a cor branca)
•	Crianças com idade inferior a 18 anos (existe junto do SU Geral, o SU Pediátrico)
•	Grávidas e mulheres que após a triagem são encaminhadas diretamente para o Serviço de Obstetria/Ginecologia, sem passarem pelo SU Geral.
•	Doente que após a triagem são encaminhados diretamente para outros serviços, sem passarem pelo SU Geral.

Quadro 5 - Critérios de exclusão para aplicação da JDT

Assim sendo, articulei com a Enfermeira-Chefe e com o Enfermeiro - Orientador que a escala seria aplicada durante uma semana em todos os turnos de cada dia (noite, manhã e tarde). Esta aplicação iria compreender o período entre o dia 18 e 24 de janeiro de 2016, tendo assim começado às 00 horas de 18 de janeiro e tendo terminado às 23h 59 min do dia 24 do mesmo mês.

Para a aplicação ,propriamente dita, desta escala estimou-se que se iria recorrer ao enfermeiro alocado à triagem que, em nenhum momento, corresponderia à mestrandia. Considerado este o momento ideal para a aplicação da escala, uma vez que a triagem é o primeiro contacto que o enfermeiro estabelece com o doente, no sentido de fazer uma primeira avaliação aprofundada.

Ficou traçado que deslocar-me-ia ao SU no começo de cada turno, com o intuito de fazer uma explicação da escala, de modo a facilitar a aplicação da mesma, por parte do colega, de forma que a amostra recolhida fosse o espelho, sempre que possível, do turno em que estavam a trabalhar.

O tipo de amostra é não probabilística uma vez que “...cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” é também considerada accidental pois “...é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso...” (Fortin, 2003: 208)

Objetivo Geral	
Perceber o perfil de dependência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência	
Objetivo Específicos	Estratégias a Desenvolver
Aplicar a Escala Jones Dependency Tool no momento da triagem	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica sobre a JDT - Pedir informação, via email, ao enfermeiro Gary Jones, criador da escala. - Pedido de autorização para utilização da escala (Robert Crouch) (Anexo III) - Pedido de autorização para aplicação da escala no Serviço de Urgência do HDJMG (Anexo I) - Reunião com a Enfermeira-Chefe - Dar a conhecer a escala aos enfermeiros da triagem - Distribuição de escalas a utilizar - Acompanhamento, em cada turno, da aplicação da escala;
Caracterizar o doente que recorre ao serviço de urgência	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa sobre população do distrito de Portalegre (INE) - Recolha de dados resultantes da aplicação da JDT - Utilização do SPSS versão 23 como ferramenta de análise estatística - Tratamentos dos dados

Quadro 6 - Objetivos e estratégias a desenvolver

Objetivo Específico 1 - Aplicar a Jones Dependency Tool no momento da triagem

De forma a dar resposta a este objetivo pressupus desenvolver algumas estratégias/atividades. Previamente fazer uma pesquisa bibliográfica pormenorizada sobre a origem da escala e sua aplicabilidade nos serviços de urgência, quer no Reino Unido quer em Portugal. Sendo pertinente perceber o caminho percorrido por esta escala até à realidade portuguesa, bem como estabelecer contacto com enfermeiros que já a utilizaram no SU onde trabalham, nomeadamente no hospital de S. José, para apreender mais pormenores sobre a sua utilização. Posteriormente, pedir autorização, via email, ao enfermeiro Robert Crouch, para a usar. Após validação do pedido torna-se essencial dirigir um outro, ao conselho de administração da ULSNA, para aplicar a escala diretamente no SU HDJMG, durante uma semana. Entretanto, reunir com a enfermeira-chefe do serviço para lhe dar a conhecer a escala, bem como articular o momento e período de aplicação. Será fundamental a sua intervenção para agilizar a aplicação e sensibilizar os enfermeiros.

De forma a dar a conhecer a escala a todos os colegas que se encontravam na triagem, agendarei deslocações ao SU no início de cada turno. No final de cada dia haverá que recolher as escalas já aplicadas.

Para atingir este objetivo vou recorrer a recursos humanos e materiais. Os recursos humanos solicitados: todos os enfermeiros que se encontravam no momento da triagem durante o período de aplicação da JDT. Relativamente aos recursos: livros; artigos; correio eletrónico; telefone; escalas em suporte papel.

De forma a avaliar se as escalas são aplicadas, no final de cada turno vou recolhe-las, pessoalmente.

A amostragem, que pretende reunir informação de um número significativo de doentes, é baseada no estudo de estatística descritiva. Será aplicada paralelamente à TM porque entendo ser o momento mais adequado para uma primeira abordagem de conhecimento do doente.

Cada Enfermeiro de Triagem adiverá aplicar no seu turno (08/16h , 16/24h ou 00/08h), as escalas no universo em estudo e na semana de 18 a 24 de Janeiro de 2016.

Objetivo específico 2- Caracterizar o doente que recorre ao serviço de urgência

Para poder caracterizar o doente que recorre ao serviço de urgência considereei prioritário conhecer, em primeira instância, o público-alvo que, salvo exceções que nem são raras, é o residente no distrito de Portalegre. Para isso usei dados do Instituto Nacional de Estatística reproduzidos no sítio oficial da Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo.

Nesta fase vou debruçar-me sobre os dados resultantes da aplicação da escala e, para isso, será necessário instalar no computador o programa SPSS na versão 23 (versão mais recente). Depois de introduzidos os dados no programa, será preciso tratá-los e interpretá-los. Para isso serão usados vários testes estatísticos que me permitiram relacionar a dependência, com as variáveis que tinha previamente acrescentado à escala. Farei também uma análise descritiva das várias alíneas que compõem a escala. Farei recurso da estatística descritiva, uma vez que estes dados constituem pouco mais do que uma massa caótica de números. Assim, os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica (Polit et al, 1995). Desta forma, o objetivo final deste género de investigação é “...oferecer um retrato global da amostra.” (Fortin, 2003)

Mas para tal, haverá a necessidade de recorrer a recursos humanos e materiais. Assim, os recursos humanos serão: o orientador do relatório; o professor de estatística. Em relação aos meios materiais: um computador, o programa informático SPSS e livros sobre estatística, e dados oriundos do INE.

4.4 - EXECUÇÃO

A execução é a quarta etapa da metodologia de projeto e materializa a realização colocando, em prática tudo o que foi planeado.

De acordo com Carvalho et al (2001) cit in Ruivo et al (2010), o que anteriormente era um real construído mentalmente, um “esboço do desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída.

Esta fase tem uma importância significativa para o(s) participante(s) do projeto, uma vez que permite a realização das suas vontades e necessidades através de ações planeadas.

A fase da Execução é considerada a mais trabalhosa, mas também a mais proveitosa (Nunes, 2010), uma vez que se coloca em prática tudo o que foi previamente planeado, procedendo-se a possíveis reajustes no terreno mas começa-se a ver tomar forma aquilo que se pretende atingir. Desta forma, é essencial que os participantes se sintam motivados e envolvidos no processo, uma vez que a motivação intrínseca surge apenas quando o sujeito se encontra ativo na ação e no meio (Nogueira, 2005)

Por outro lado, e ainda de acordo com o autor anteriormente mencionado, é essencial que os participantes se sintam apoiados, pelo orientador, uma vez que as dúvidas são constantes e na ausência do orientador os participantes podem perder o sentido na elaboração e concretização do projeto. Desta forma, o orientador deve assumir uma posição de mediador, ocupando o papel “daquele que propicia”. Entretanto vou desenvolvendo as etapas estabelecidas aquando do planeamento.

Este relatório espelha um estágio realizado no Serviço de Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre, de 14 de Setembro a 20 de Novembro de 2015. Da observação realizada, em contexto de trabalho, emanaram os objetivos constantes deste estudo, a posteriori, cujo espaço temporal foi feito coincidir com um período espectável de maior afluência ao SU. A semana de 18 a 24 de Janeiro de 2016, em pleno inverno, com um surto de gripe ativo e tendo em conta as características gerais da população, maioritariamente idosa, e particularmente vulnerável e dependente.

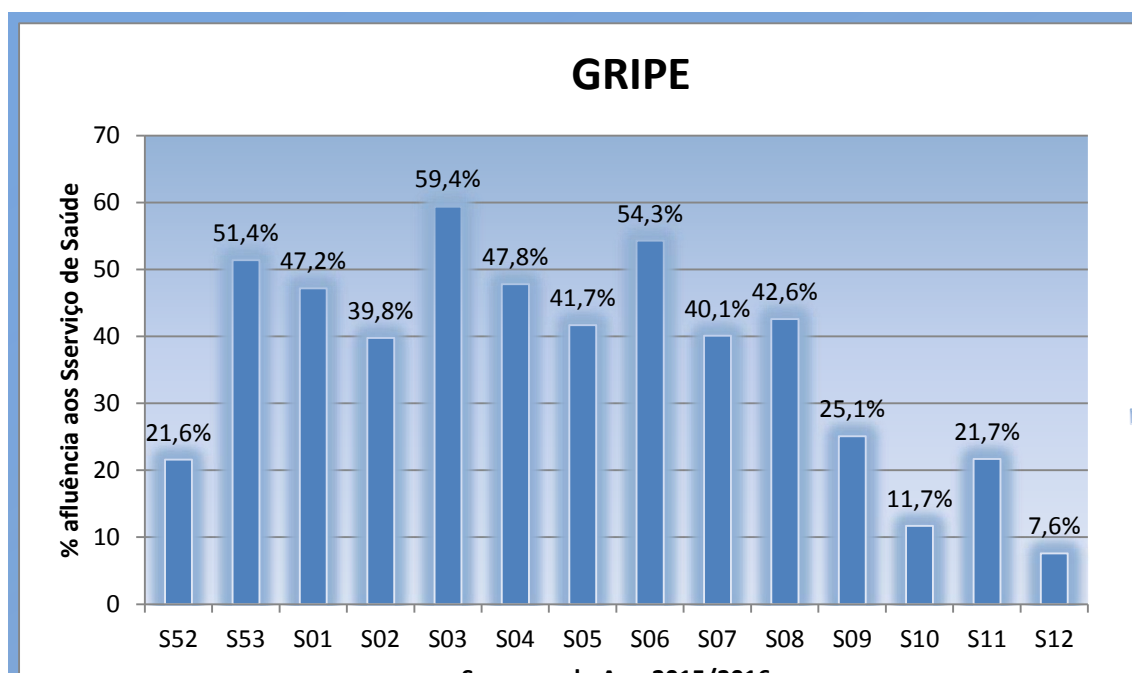


Gráfico 1- Evolução da Taxa de incidência semanal de síndrome gripal, no período de inverno

O gráfico anteriormente apresentado, publicado pela DGS (2016, dados recolhidos pelo Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA), representa a afluência dos doentes aos serviços de saúde, no período de inverno, que começou a 21 de dezembro de 2015 e terminou a 20 de março de 2016.

Cada semana encontra-se representada pela letra S e o número da semana correspondente no ano. Verifica-se que a semana medida (S03) (de 18 a 24 de janeiro de 2016) foi, conforme se demonstra, em termos nacionais, a que mais pessoas levou aos serviços de saúde com queixas gripais, com uma afluência de 59, 4%.

4.5 - AVALIAÇÃO

Uma das características da metodologia de projeto é precisamente o facto de a avaliação ser contínua (Leite et al, 2011), e permite uma retroação com vista a facilitar a

redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados. (Carvalho et al, 2001)

Assim, a avaliação permite fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão de recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados).

Embora exista uma avaliação contínua, existe uma avaliação final que deve ser globalizante, ou seja, deve avaliar o produto final (Leite et al, 2011). Essa avaliação implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente (Nunes, 2010) , ou seja é essencial ter a lista dos objetivos iniciais e verificar se cada um foi atingido, questionando-se, inclusive, sobre a sua pertinência, ou seja, perguntando se o objetivo foi útil ao processo, ou se após o término do projeto, verifica-se que o mesmo não era relevante e quais as possíveis justificações.

Objetivo Geral

Perceber a dependência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência do HDJMG

Numa região com cada vez mais idosos torna-se fundamental acompanhar as suas exigências de cuidado. Sendo certo que a dependência não decorre, por si só, da idade não podemos deixar de considerar que é nos mais velhos que mais facilmente se instala. Assim, medir o grau de dependência dos doentes que recorrem ao SU permite conhecer, em detalhe, o seu perfil ajustando os recursos às necessidades.

Objetivos Específicos

- 1) Aplicar a escala JDT no momento da triagem;
- 2) Caracterizar o doente que recorre ao serviço de urgência do HDJMG

Em relação ao objetivo específico **1)** – Aplicar a Escala JDT no momento da triagem:

Considero ser este o momento mais importante para fazer esta medição, isto na perspetiva de adequar os recursos humanos. A triagem é o primeiro contacto enfermeiro-doente e é, sem dúvida, um local por onde todos os que recorrem à urgência têm de passar.

É verdade, que na génese da sua criação, a JDT preconiza uma avaliação mais vasta. Os doentes em estudo devem ter, depois da triagem, escalas preenchidas, hora a hora e no momento da alta. No caso concreto, e sendo este um estudo independente que prevê introduzir o fator dependência do doente como mais uma variável no processo decisório com vista à estruturação de recursos humanos, que possa ser comparável com, por exemplo, dados estatísticos de afluência e números definidos por posto de trabalho, então, saber os dependentes à entrada, será o dado mais relevante a ter em conta.

Na semana de 18 a 24 de Janeiro de 2016, mesmo com um surto de gripe ativo e apenas fazendo uso de preenchimentos manuais em papel, ficou claro, que a introdução da escala JDT no momento da triagem, não só é possível como é válida e desejável. Ressalvar, no entanto, que aquilo que defendo não é o seu uso permanente, mas sim, em períodos pontuais e perfeitamente definidos, para que funcione em jeito de auditoria de afluência baseada na dependência. Desta forma, serão recolhidos números fidedignos ao serviço da gestão.

Objetivo específico 2) – Caracterizar o doente que recorre ao SU (HDJMG- Portalegre)

Com 118.506 habitantes, distribuídos por um vasto e sinuoso território, o distrito de Portalegre surge, em vários indicadores, como um dos mais deprimidos do país. Esta depressão, desde logo demográfica, reflete-se também, por exemplo, em elevados índices de envelhecimento. Parte significativa desta população tem mais de 65 anos, vive longe dos centros urbanos, ou mesmo isolada. Sabendo que o fator idade é diretamente relacionável com o fator dependência, temos então que o público alvo do SU em estudo é, em linha com a estatística, dependente também de cuidados de enfermagem.

Tendo em conta fatores de longevidade verifica-se que, também nesta região de Portugal, as pessoas vivem cada vez até mais tarde. Sem contrariar a estatística também aqui existem mais mulheres do que homens e são elas que vivem mais tempo.

4.6 - DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A última fase da metodologia de projeto passa pela divulgação dos resultados.

Na Área da Saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema, ou suprimimento de uma necessidade, da instituição em geral ou de um serviço em particular, assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes. (Nunes, 2010)

A divulgação dos resultados permite assim que os clientes tenham conhecimento dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, bem como fornece informação científica aos profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições.

4.6.1 - Caracterização da Amostra com base nas variáveis introduzidas

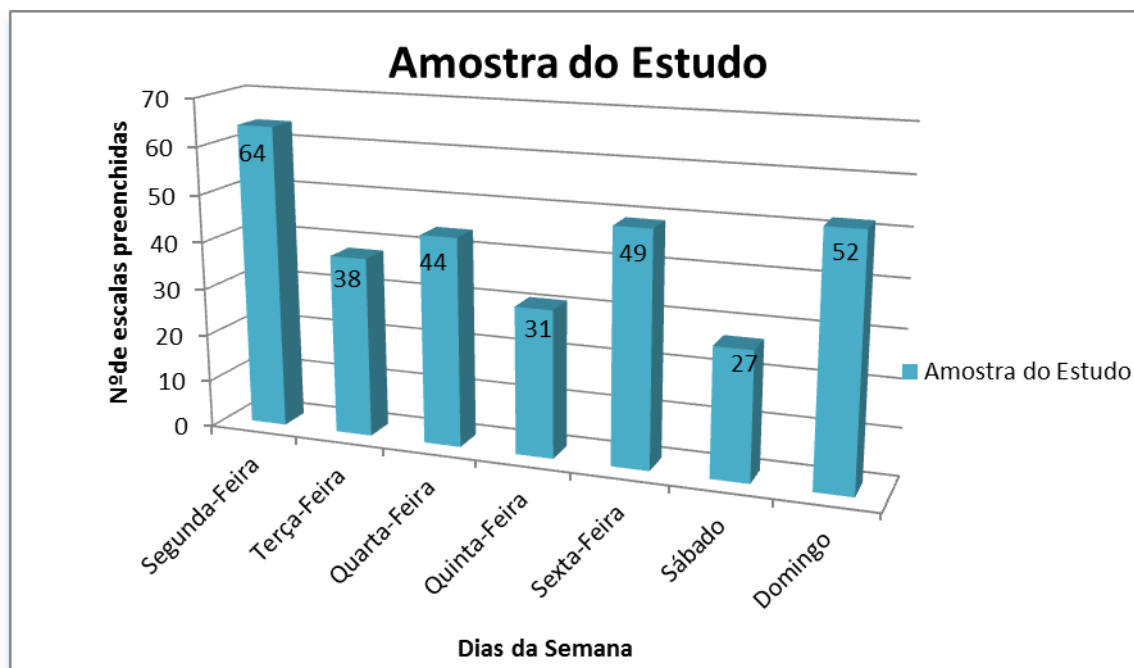


Gráfico 2 – Representação da Amostra do Estudo na semana de 18 a 24 de janeiro de 2016.

O gráfico acima, explicita o universo de aplicação da escala JDT, bem como o número de escalas preenchidas durante todos os turnos de cada dia da semana estipulada. Ao todo foram aplicadas 305 escalas, na altura da admissão e paralelamente à TM, que representam o universo medido sobre o qual baseio a amostra. Note-se que, na semana em causa, não foram verificados todos os doentes que acorreram ao SU mas sim, recolhida uma amostra de cada turno, sendo aplicada a escala da forma que cada colega, na triagem, considerou ilustrativa do turno que estava a decorrer.

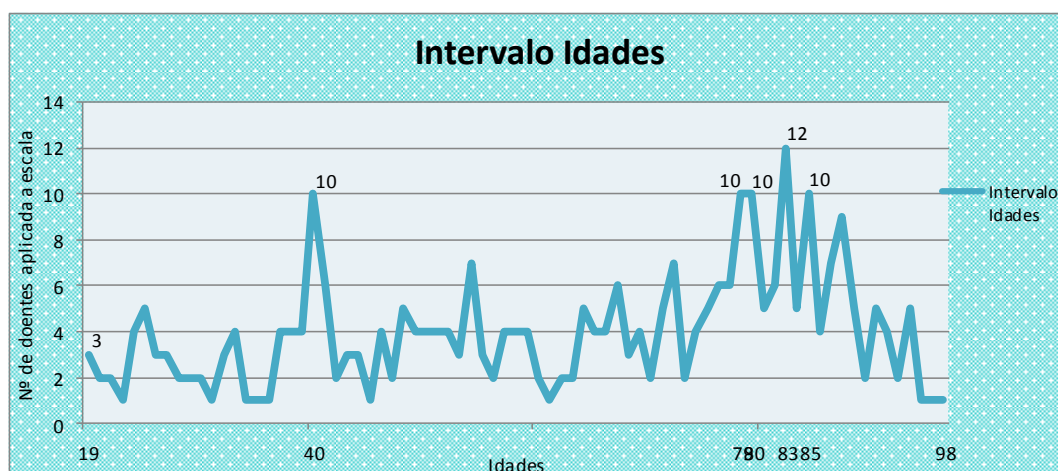


Gráfico 3 - Intervalo de idades em que se baseia a amostra e idades mais comuns que recorreram ao SU na semana em estudo.

O gráfico anterior representa o intervalo de idades em que se baseia a amostra, que vai dos 19 aos 98 anos. Não obstante, na semana em estudo, terem ido à Urgência 10 pessoas com 40 anos, ali afluiu igual número, 10, com 79, com 80 e com 85 anos, o que representa, em cada idade, 3,3% de todos os doentes avaliados. Ainda assim, e em linha com os dados demográficos do distrito que apontam para um enorme envelhecimento da população, a idade mais representativa neste estudo é ainda superior. Entre 18 e 24 de Janeiro de 2016, 12 pessoas de 83 anos recorreram ao SU do seu Hospital de referência, o que corresponde a 3,9%.

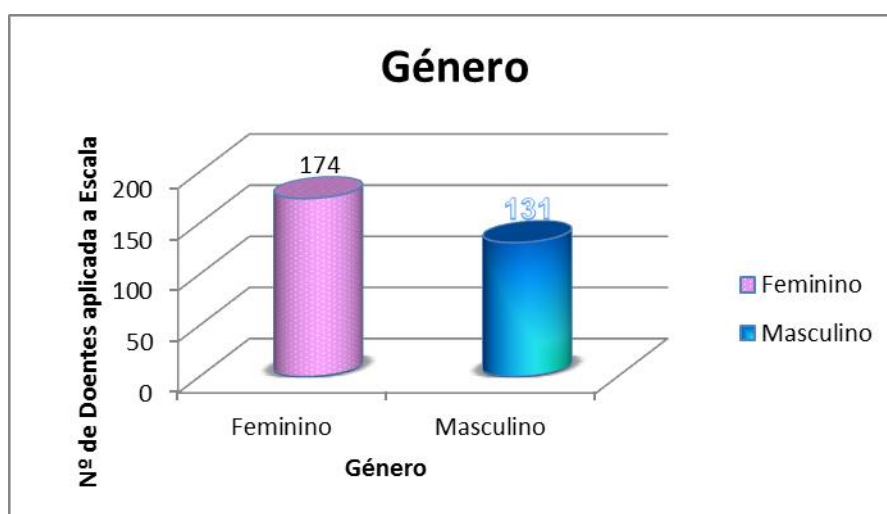


Gráfico 4 - Representação da amostra tendo em conta o género

De acordo com o gráfico anterior recorreram ao SU, em termos absolutos, mais mulheres do que homens, eventualmente, por fatores de longevidade. “É de referir que nas últimas informações relativas à esperança média de vida à nascença é de 84 anos para as mulheres e de 77 anos para os homens”. (OCDE, 2014)

Havendo um fator idade que, empiricamente e não só, pode ser relacionável com a dependência então fica demonstrado, pela população alvo e pela amostra, que numa região demograficamente deprimida os recursos em saúde devem ser ajustáveis à realidade. Ainda mais perante momentos mais sensíveis como os da semana medida que foi a que, em Portugal, maior número de casos de gripe registou.

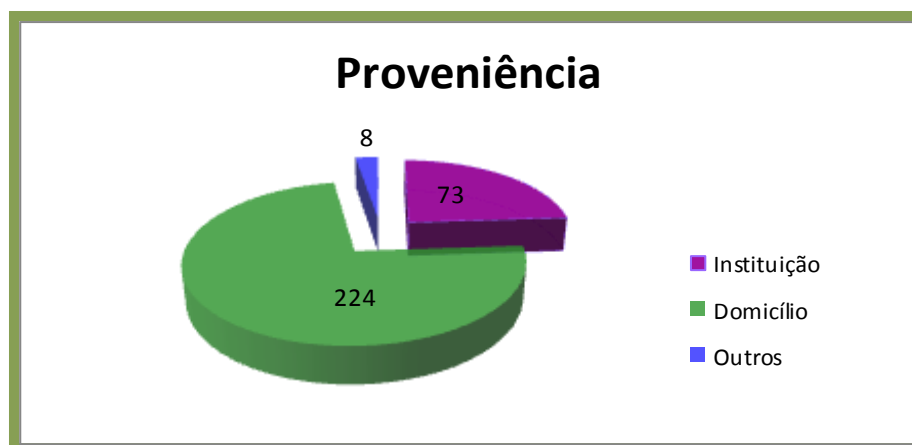


Gráfico 5 - Representação da amostra em termos de proveniência

Dias da Semana	Proveniência			Total
	Instituição	Domicílio	Outros	
Segunda-Feira	11	52	1	64
Terça-Feira	10	27	1	38
Quarta-Feira	9	33	2	44
Quinta-Feira	12	17	2	31
Sexta-feira	11	38	0	49
Sábado	7	19	1	27
Domingo	13	38	1	52
Total	73	224	8	305

Quadro 7 - Relação entre o local de proveniência e o dia da semana

Mas para a equação ser o mais fiel possível há que juntar outras variáveis que permitam uma análise mais abrangente e que inclua não só o doente, mas a família ou quem o acompanha. Por isso a idade, a proveniência e o dia da semana em que se recorreu ao SU podem constituir boas pistas. Segundo Jones (2015a:23) “paralelamente às condições físicas o doente tem necessidades psicológicas, sociais e emocionais que solicitam intervenções de enfermagem altamente especializadas”. Para este enfermeiro Britânico

(2015), preocupado com a gestão baseada na dependência “familiares e amigos podem também apresentar necessidade de cuidados que os enfermeiros devem ser capazes de providenciar”.

Do gráfico anterior conclui-se que é do domicílio que chega ao SU o maior número de doentes, sendo a segunda-feira o dia que regista maior número de admissões conforme o quadro anterior.

Turno de Admissão	Frequência	Percentagem (%)
manhã	133	43,6
tarde	141	46,2
noite	31	10,2
Total	305	100,0

Quadro 8 - Representação do turno de admissão

Dado que a JDT é, em primeira instância, uma ferramenta de apoio à gestão então, introduzindo-lhe a variável turnos de admissão poderemos obter mais pistas se quisermos coadunar os recursos humanos a fatores mais ou menos previsíveis. Se os doentes recorrem de forma consistente em maior número num determinado período é expectável que os recursos acompanhem essa tendência.

Verifica-se, na semana em estudo, que a maior afluência ocorreu no turno da tarde.

4.6.2 - Caracterização da Amostra com base nas componentes da Escala JDT

A escala JDT é constituída por seis grandes componentes: a comunicação; o ABC; a mobilidade; a alimentação, hidratação, eliminação e auto cuidado; a necessidade de segurança ambiental, de saúde e social; e a da Triagem de Manchester. Cada um, desdobra-se em várias itens específicos que permitem, no final, obter conhecimento e parametrizar as necessidades do doente em cada grupo de avaliação.

A comunicação é desdobrada em cinco itens: Avaliação dos Órgãos dos Sentidos; Grau de Dor; Reação a Estímulos; Barreira Linguística e Problemas Comportamentais.

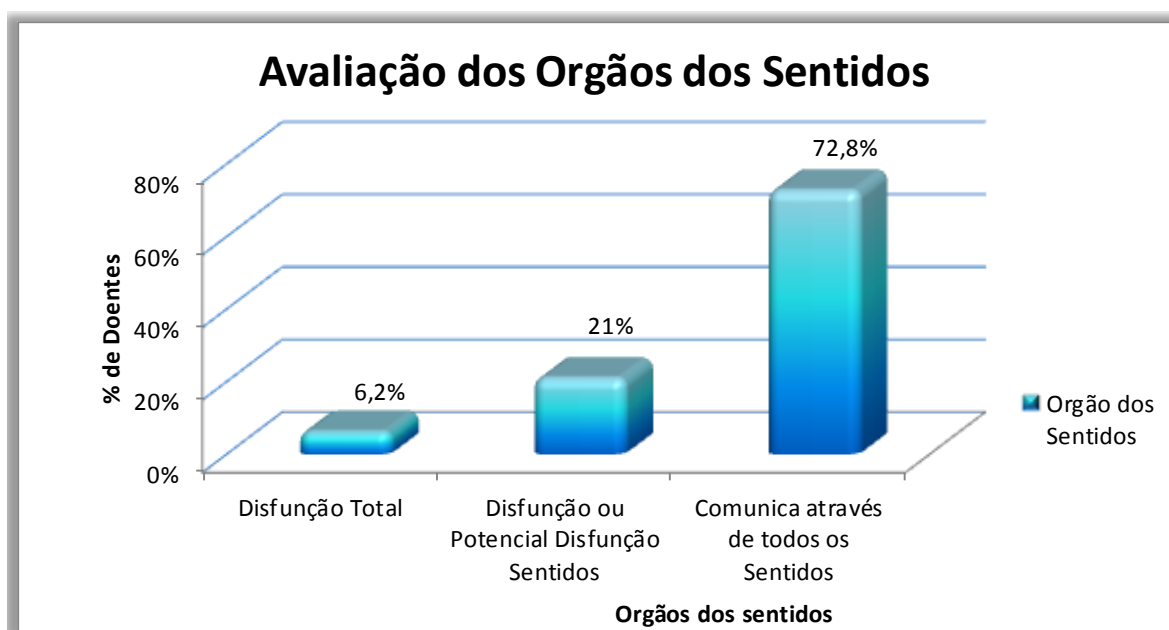


Gráfico 6 - Avaliação dos Órgãos dos Sentidos

Aquando da entrada no SU o doente pode ter todos os órgãos dos sentidos íntegros, conseguindo comunicar eficazmente, no entanto pode apresentar disfunção ou potencial disfunção de um ou mais desses órgãos, o que pode assumir-se como barreira para o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre enfermeiro-doente.

Assim, e de acordo com o gráfico anterior, verifica-se que 72,8% dos doentes, que recorreram ao serviço de urgência do HDJMG durante a semana em estudo, conseguiam comunicar através de todos os sentidos. No entanto 21% apresenta disfunção ou potencial disfunção de um ou mais sentidos e 6,2% apresentam uma disfunção total devido a perda de um ou mais sentidos.

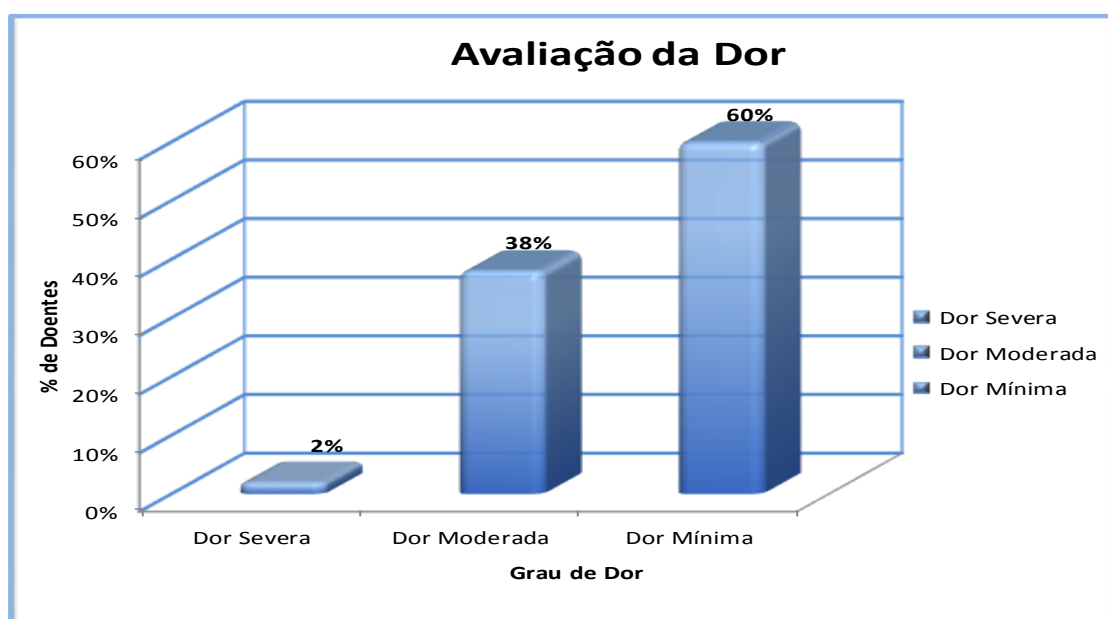


Gráfico 7 - Avaliação da Dor

A avaliação da Dor é uma atividade que faz parte das competências dos enfermeiros, e é indispensável na construção da estratégia do cuidado a prestar. Assim, da amostra estudada, 60% dos doentes apresentavam uma dor mínima, contrastando com os 38% que apresentava dor moderada e 2% uma dor severa. Assim, cabe ao enfermeiro de urgência avaliá-la, atenuá-la e mitigá-la, devendo executar as intervenções necessárias ajuizando os resultados, uma vez que a Dor tem como corolário a capacidade de afetar o doente na sua globalidade, influenciando a sua dependência (DGS, 2008).

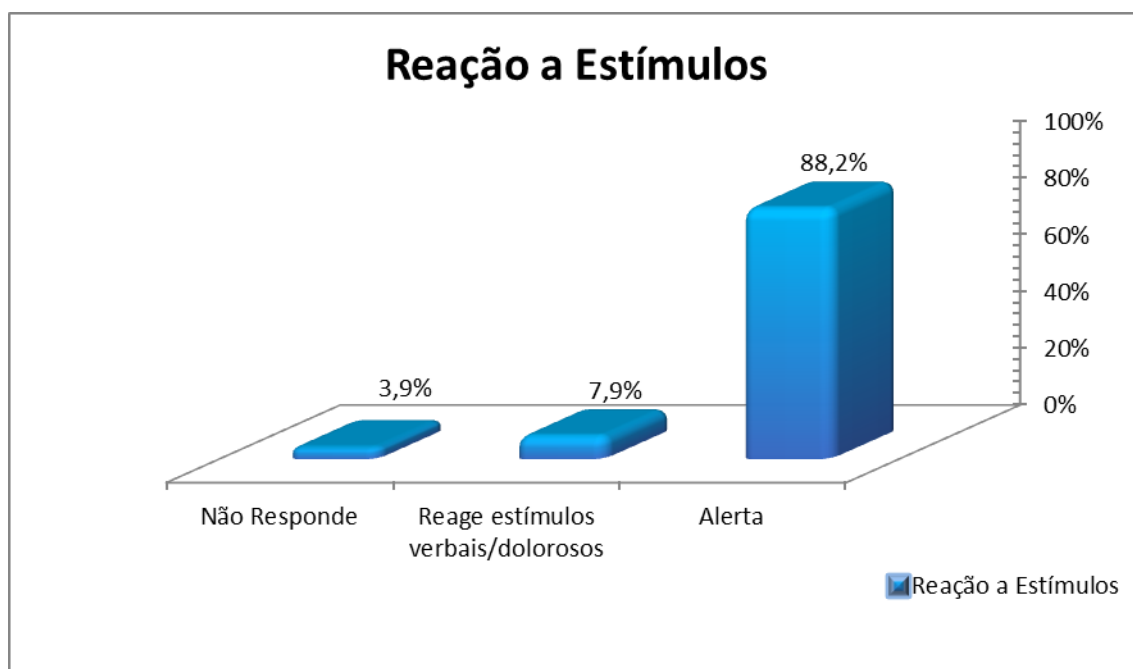


Gráfico 8 - Reação a Estímulos

O nível de consciência que o doente apresenta também pode influenciar a comunicação enfermeiro-doente. A consciência, de acordo com Damásio (2010), é um estado mental em que a pessoa tem conhecimento da sua própria existência e da existência daquilo que o rodeia. Porém, diversas patologias podem afetar o nível de consciência do doente que pode reagir apenas a estímulos dolorosos/verbais, com movimentos de descorticação/descerebração ou se o nível de consciência estiver muito afetado o doente pode simplesmente não reagir a nenhum estímulo.

Do gráfico anterior ressalta que 88,2% dos doentes, que foram alvo do preenchimento da JDT no momento da Triagem, encontravam-se em estado de alerta. No entanto, 7,9% dos doentes só reagem a estímulos verbais/dolorosos e 3,9% não apresentava qualquer tipo de resposta.

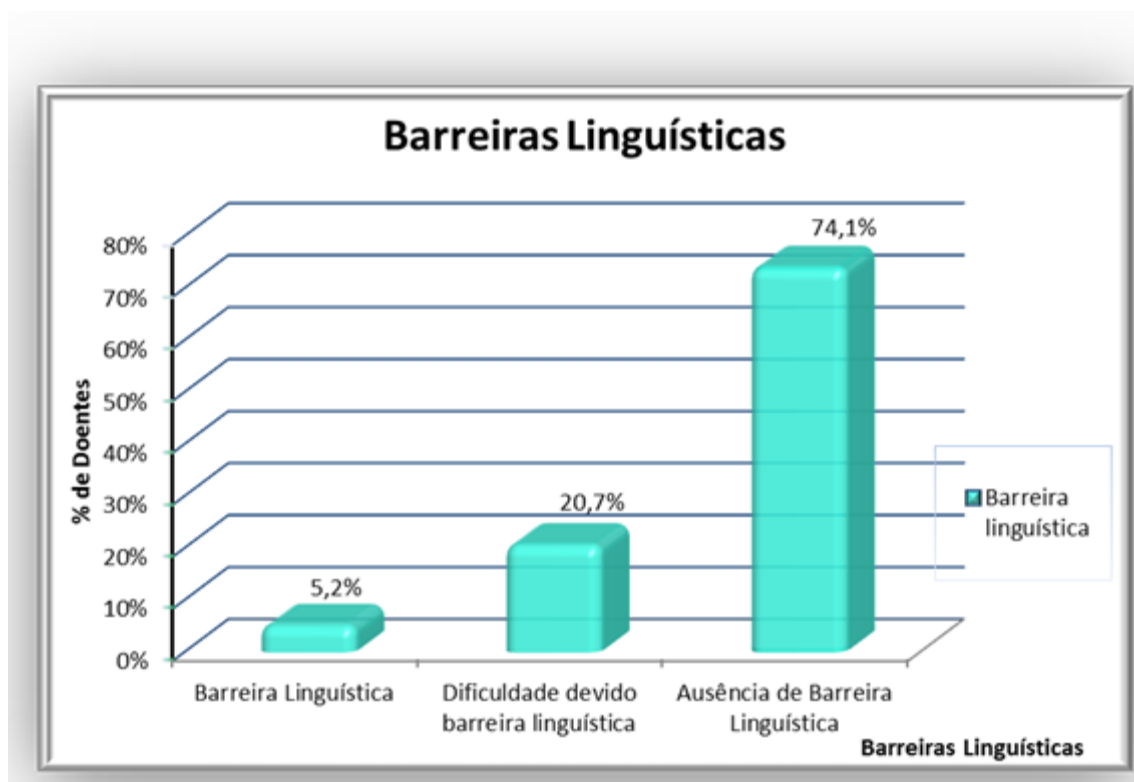


Gráfico 9 - Barreiras Linguísticas

A comunicação representa a base para a relação enfermeiro-doente, constituindo um instrumento básico para a profissão de Enfermagem. É através da comunicação terapêutica com o doente que o enfermeiro consegue compreendê-lo como um todo, proporcionando assim um relacionamento entre ambos, de modo a atingir os objetivos da prática do cuidar (Briga, 2010). No entanto, existem barreiras linguísticas, nomeadamente o idioma, a incapacidade de falar, a alteração da consciência ou da orientação. Por outro lado também pode apresentar dificuldade em comunicar devido à doença (por afasia ou disartria). Determinadas doenças afetam a capacidade de comunicar condicionando a relação enfermeiro-doente, pois impedem que o doente exprima o que pensa e sente. (Salgueiro, 2014)

O gráfico anterior evidencia que 74,1% dos doentes apresentam ausência de barreira linguística, conseguindo comunicar eficazmente, 20,7% dos doentes apresenta dificuldade em expressar-se devido a algum tipo de barreira linguística e 5,2% deparavam-se com barreira linguística que lhes impossibilitava expressar qualquer tipo de comunicação.

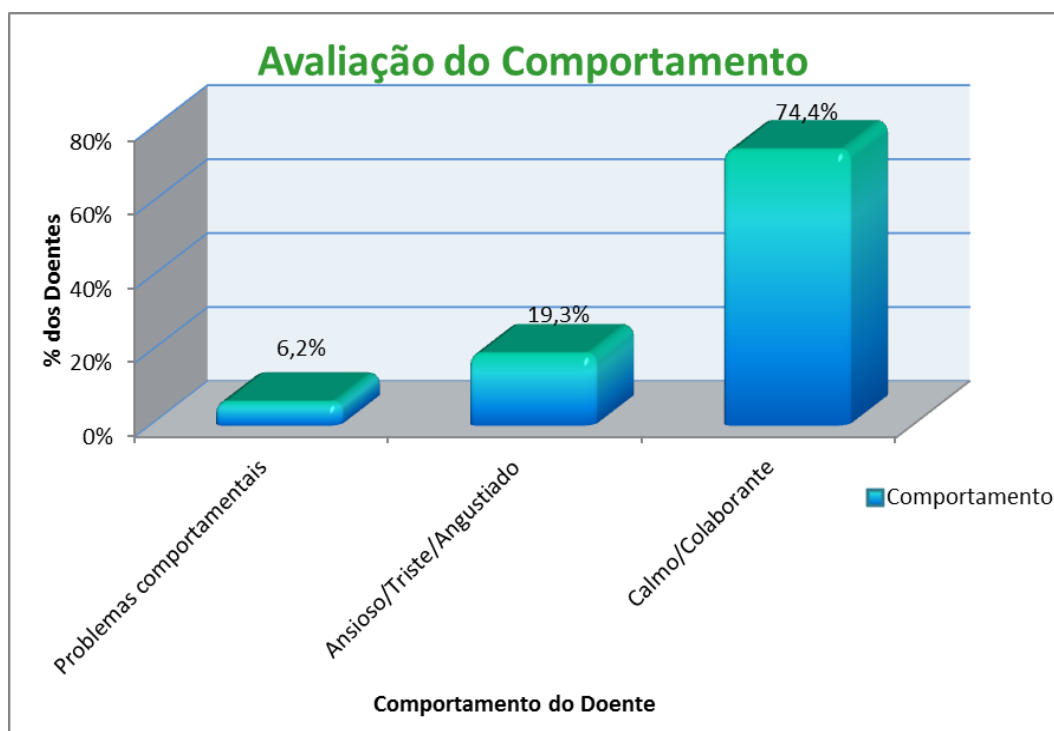


Gráfico 10 - Avaliação do Comportamento

A comunicação é muito importante no cuidar da pessoa. Assim, se existe uma comunicação com intencionalidade terapêutica, haverá uma melhor assistência ao doente e, desta forma, a ansiedade/tristeza/angústia decorrentes do desconhecimento da patologia serão atenuados. No entanto, os doentes podem apresentar problemas comportamentais, ou seja, podem apresentar-se com agitação psicomotora ou agressivos o que irá dificultar a comunicação entre o profissional de saúde e o doente.

Dos 74,4% dos doentes a quem foi aplicada a escala JDT, encontravam-se calmos e colaborantes, 19,3% apresentava algum grau de ansiedade/angustia e/ou tristeza e 6,2% apresentavam problemas comportamentais.

Um outro grupo da JDT é o ABC (Via aérea, respiração e circulação)

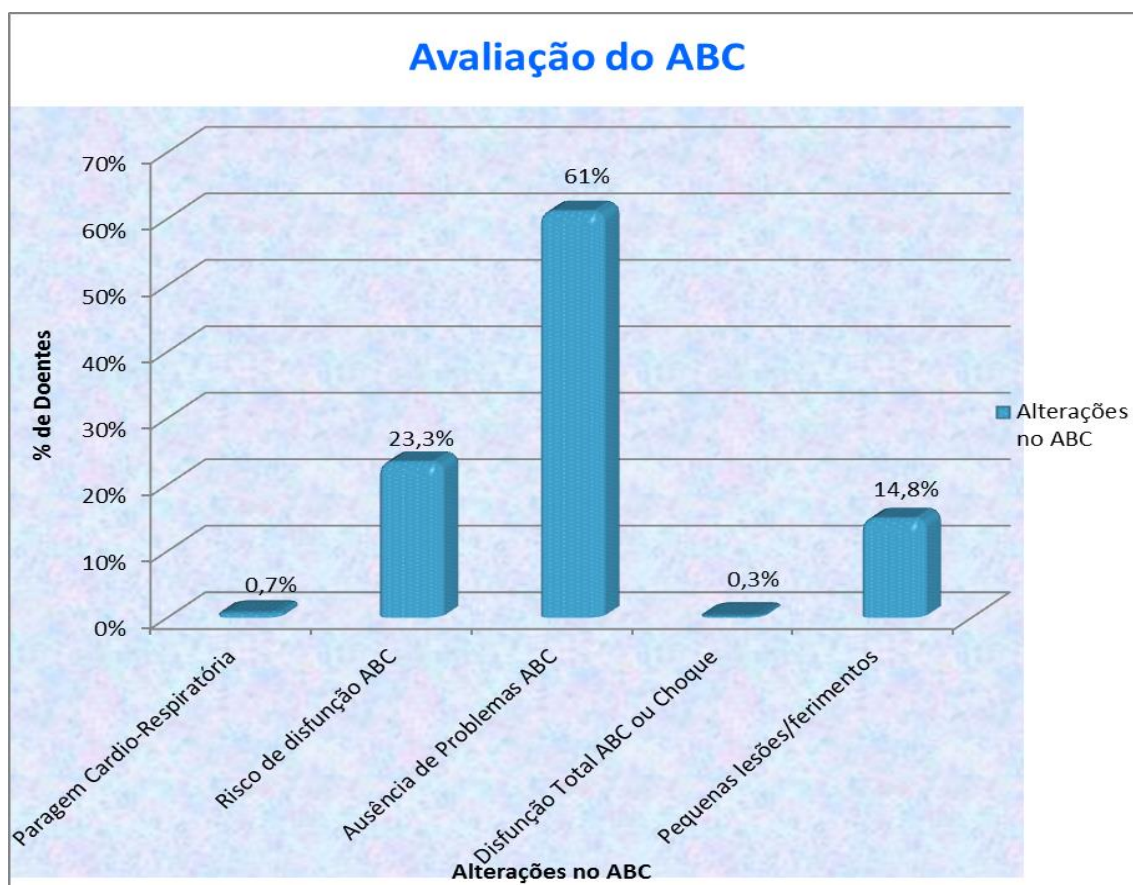


Gráfico 11 - Avaliação do ABC

O SU pode receber pessoas com instabilidade a nível cárdio-respiratório, com pequenas lesões/ferimentos ou mesmo em PCR. Esta última é a mais emergente das emergências com que nós, profissionais de saúde, nos deparamos e que requer uma abordagem rápida e adequada de modo a diminuir a morbilidade e a mortalidade do doente. O atendimento de um doente em PCR ou em risco de desenvolver PCR compreende uma equipa multidisciplinar e requer uma conduta adequada, rápida, eficiente, conhecimento técnico-científico e habilidade técnica de forma a diminuir os danos e mesmo a morte do doente. (Silva, 2006).

Verifica-se através do gráfico que 61% dos doentes que compõem a amostra apresentam ausência de problemas no ABC, no entanto, 23,3% apresentam risco de disfunção no ABC e 14,8% dos doentes apresentavam pequenas lesões/ferimentos. Porém 0,7% dos doentes que entraram no SU apresentavam-se em paragem cardio-respiratória e 0,3% apresentavam disfunção total ou choque hemodinâmico. Assim, estas duas últimas percentagens remetem-nos para doentes em situação crítica que, aquando do momento da triagem, são logo encaminhados para a SE, uma vez que são doentes que apresentam um

quadro clínico complexo, acompanhado de falência respiratória, cardíaca e cerebral. (Cunha, 2000) Para além disso, os doentes em estado crítico são por definição, mais frágeis, mais dependente e apresentam alterações fisiológicas que o aproximam do “limite da sobrevivência”. Como tal, é essencial o uso de técnicas invasivas, múltiplas intervenções farmacológicas, e profissionais altamente especializados.

Uma outra componente avaliada é a Mobilidade.

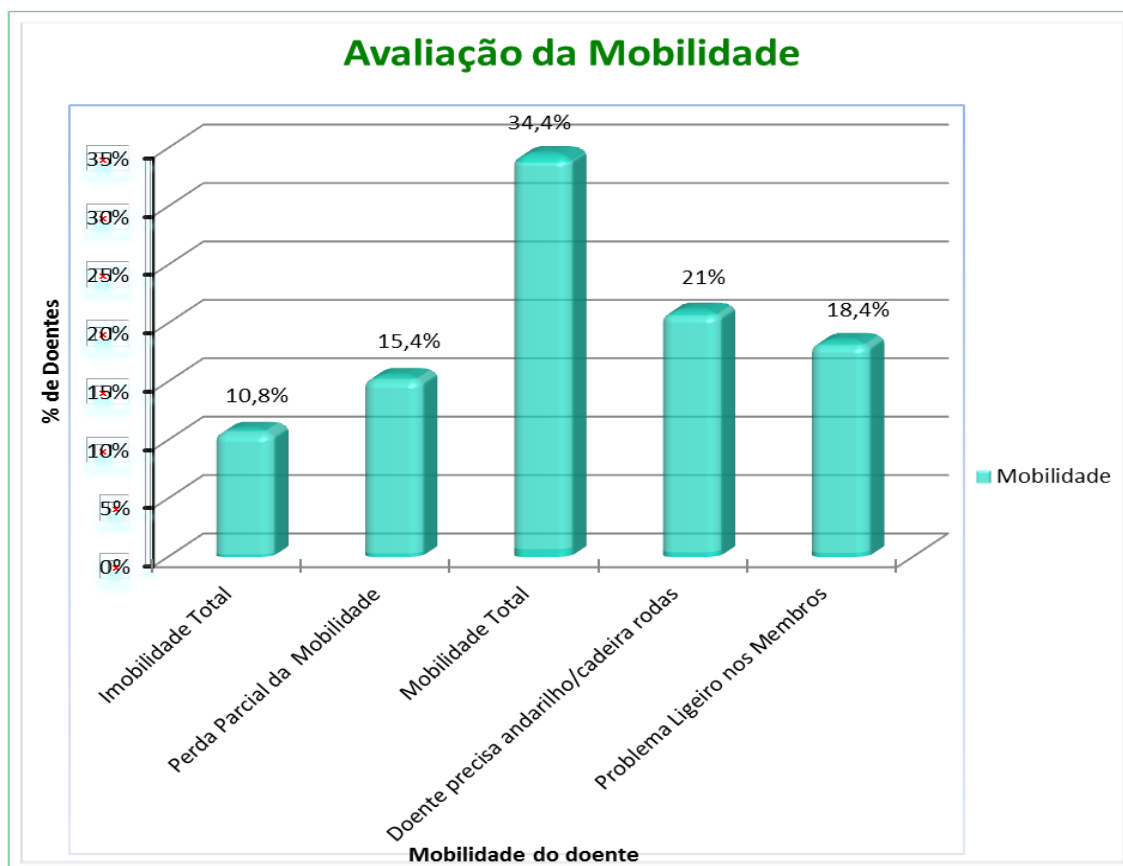


Gráfico 12 - Avaliação da Mobilidade

O compromisso da mobilidade física pode estar relacionado com doença/traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento e tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas do corpo humano (OE, 2013)

A escala JDT, na componente mobilidade diferencia: Imobilidade Total; Perda Parcial da Mobilidade e Mobilidade Total. Ao haver perda de mobilidade, especifica concretamente os doentes que tem necessidade de usar andarilho/cadeira de rodas e os doentes que apresentam problemas ligeiros nos membros.

Assim, da amostra estudada verifica-se que, embora os doentes que recorrem ao SU apresentem, na sua maioria, mobilidade total o que corresponde a 34,4%, existe uma

elevada percentagem de doentes com problemas ligeiros nos membros, 18,4% e 15,4% que detêm perda parcial da mobilidade e outros que necessitam mesmo de recorrer a andarilhos/cadeira de rodas para se conseguirem deslocar, 21%. Por outro lado, há que salientar, também, que a percentagem de doentes com imobilidade total é elevada, significando 10,8% da amostra.

Desta forma, um planeamento adequado dos cuidados de Enfermagem que inclua intervenções ao nível da recuperação/ manutenção da mobilidade, na lógica do auto cuidado, é um contributo fundamental na prevenção das alterações desencadeadas pela imobilidade, nomeadamente compromisso respiratório, musculo-esquelético e cardiovascular.

A Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-Cuidado são valores avaliados

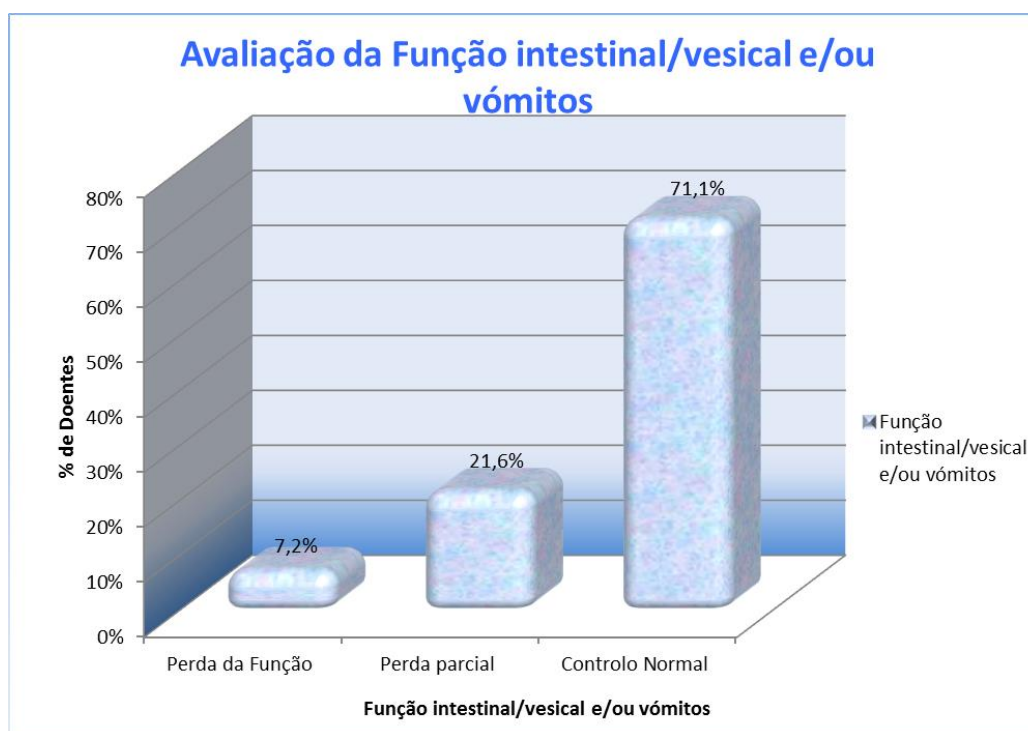


Gráfico 13 - Avaliação da Função intestinal/vesical e/ou vômitos

A Alimentação e Hidratação, Eliminação e Autocuidado são avaliados, na escala JDT, tendo em conta dois elementos: Função intestinal/vesical e/ou vômitos incoercíveis e a Capacidade de Autocuidado.

Reportando uma das necessidades mencionadas por Virginia Henderson e que a escala contempla é a eliminação. Assim, verifica-se que 71,1% dos doentes, que constituíram a amostra do estudo apresentam, controlo normal da função intestinal/vesical com ausência de vômitos. No entanto, 21,6% apresentavam perda da função intestinal/vesical e/ou vômitos e 7,2% dos doentes apresentavam perda total das funções descritas anteriormente.

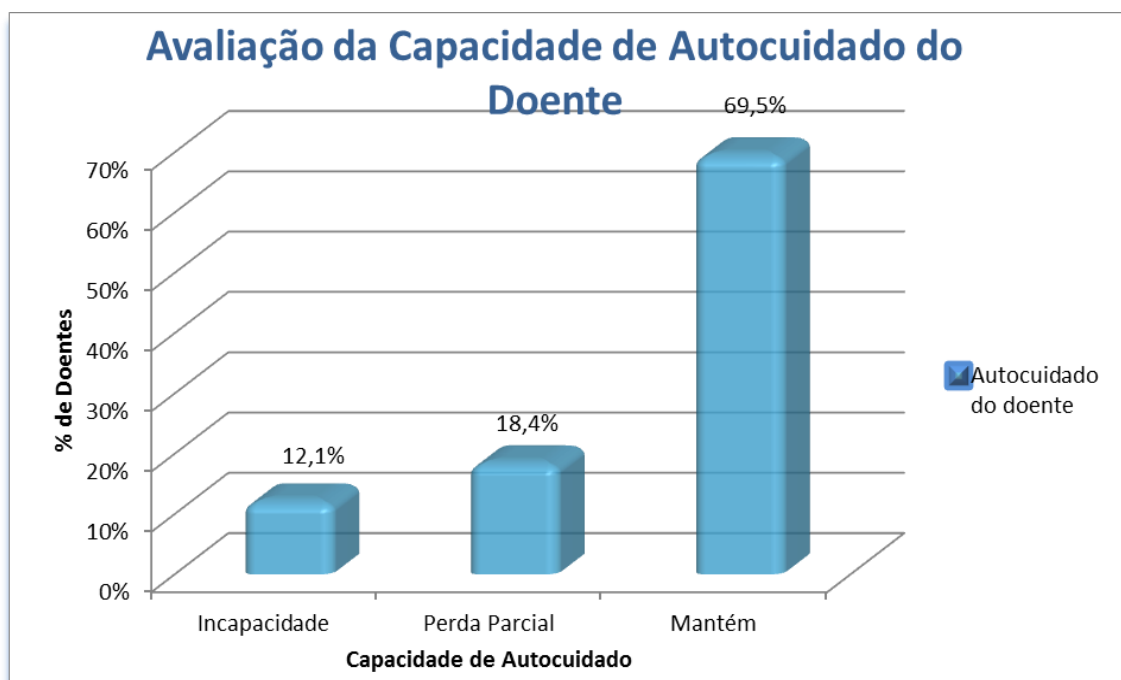


Gráfico 14 - Avaliação da capacidade de autocuidado do doente

Uma outra necessidade que o doente apresenta, de acordo com Virgínia Henderson, é a necessidade de autocuidado. Desta forma, do gráfico anterior constata-se que 69,5% dos doentes da amostra tinham capacidade de autocuidado e 18,4% dos doentes apresentavam perda parcial na capacidade de se autocuidar. Por outro lado, 12,1% dos doentes apresentavam completa incapacidade de se auto cuidar, necessitando de ajuda de outros.

Necessidades de Segurança Ambiental, de Saúde e Sociais

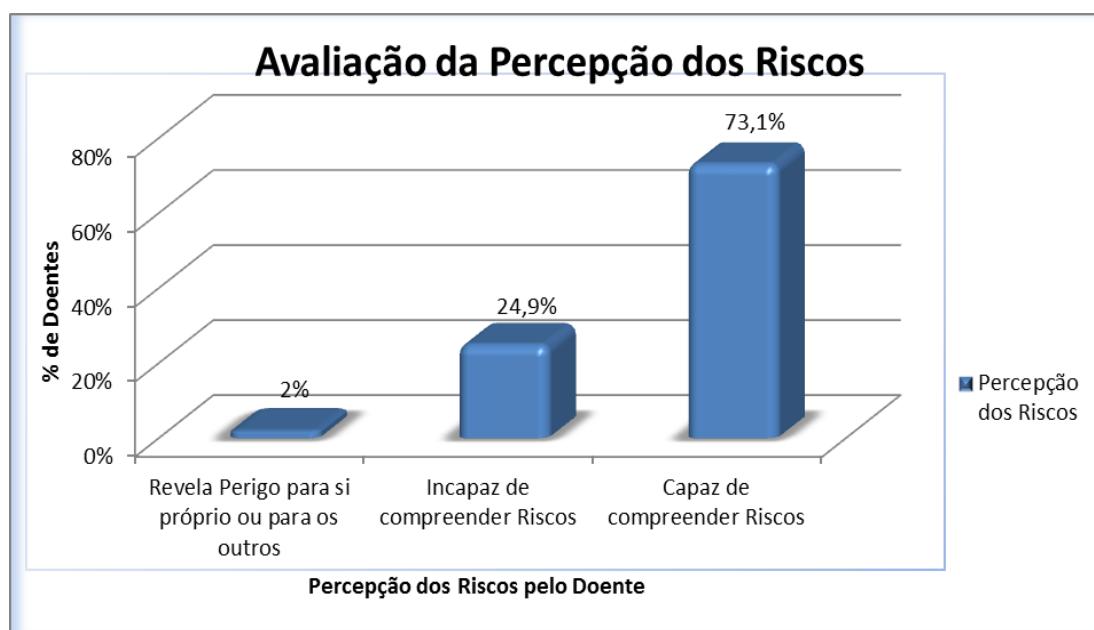


Gráfico 15 - Avaliação da Percepção dos riscos

A componente: Necessidades de Segurança Ambiental, de Saúde e Sociais é composta por dois elementos: percepção dos riscos e necessidade de apoio social

Verifica-se que, por vezes, acorrem ao SU doentes agitados e desorientados no tempo e no espaço, revelando perigo para si e para os outras pessoas, nomeadamente para outros doentes e para os profissionais de saúde (exemplo: doentes com mandato de internamento compulsivo). Porém, dada a fragilidade desencadeada pela doença, existem doentes que se encontram apenas desorientados, não conseguindo compreender os riscos que correm.

Do gráfico anterior ressalta que 73,1% dos doentes em estudo eram capazes de compreender os riscos, no entanto 24,9% revelavam incapacidade de compreender completamente os riscos e, por sua vez, 2% dos doentes revelavam perigo para eles próprios ou para os outros.

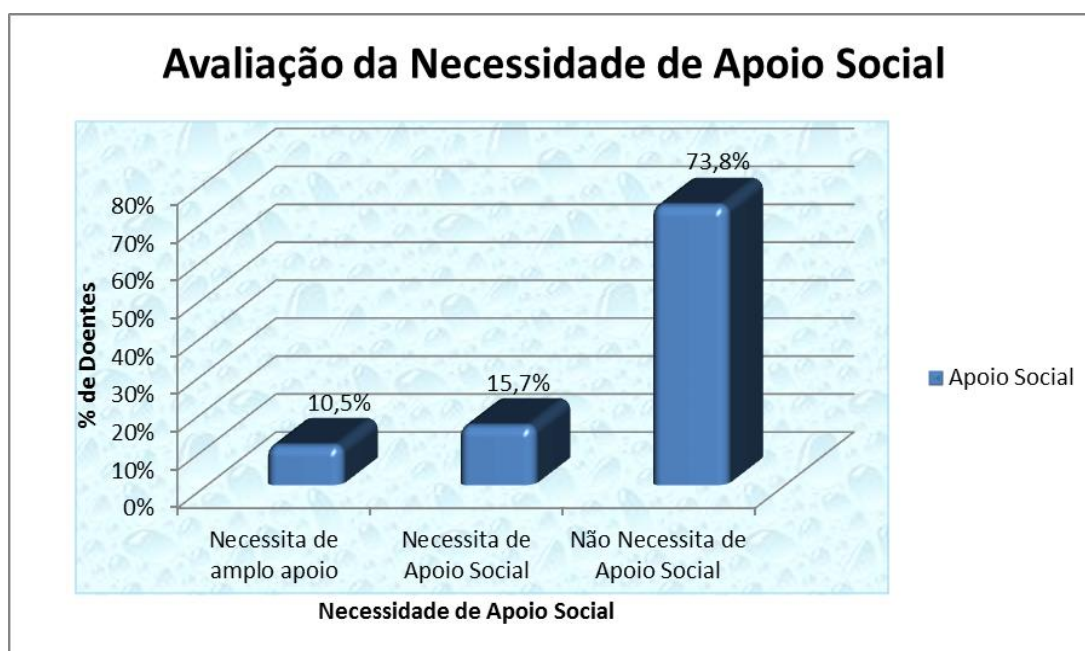


Gráfico 16 - Avaliação da necessidade de apoio social

Considerando a Teoria de Maslow, a pessoa apresenta necessidades sociais. Estas representam, entre outras, as necessidades que o doente tem em desenvolver um sentimento de pertença a um meio. Ou seja, após o surgimento de uma patologia esta pode vir a desencadear algum grau de dependência para o desenvolvimento das suas atividades, o que requer uma reestruturação da família para o receber. No caso de não ser possível essa adaptação familiar, muitas vezes, há a necessidade de encaminhar o doente para uma unidade de saúde para a introdução de algum grau de reabilitação. Podemos constatar que da amostra estudada a maior percentagem, 73,8%, não apresenta necessidade de apoio social, o que induz que os doentes eram oriundos de um meio familiar que conseguia dar

resposta às necessidades do doente. Por outro lado, 15,7% dos doentes necessita de apoio social e 10,5% necessita de amplo apoio. Assim, os lares e a rede de cuidados continuados são locais que, atualmente, dão resposta a estes doentes.

A última componente avaliada pela escala JDT, é a triagem de Manchester.

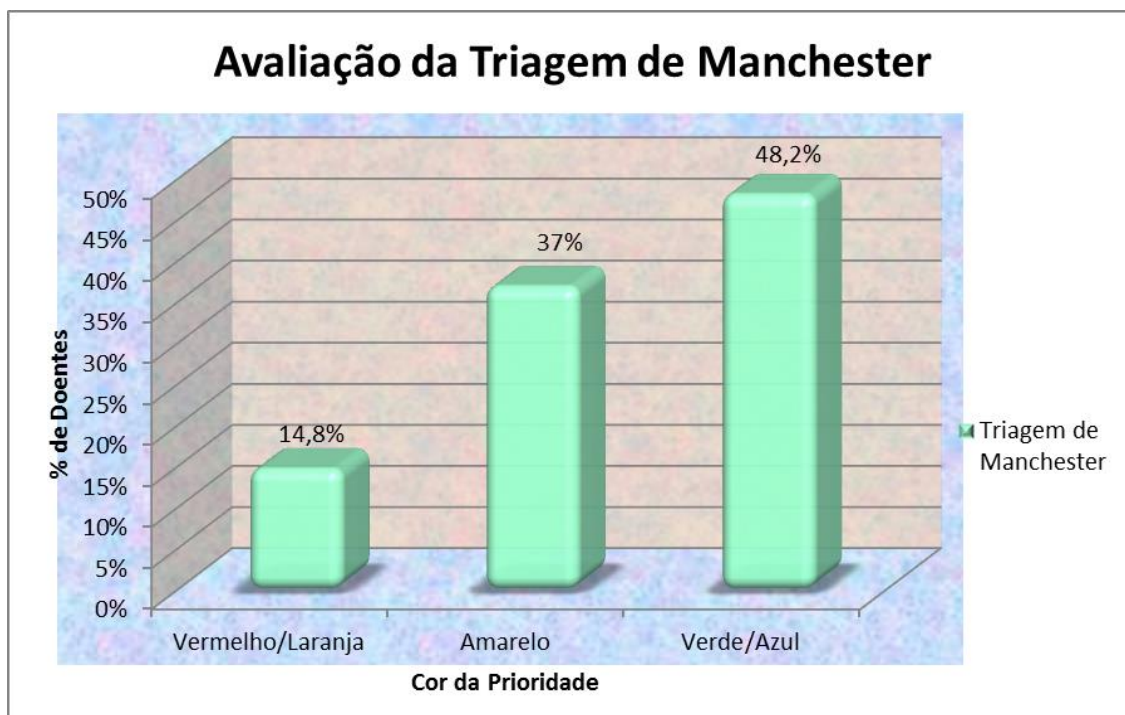


Gráfico 17 - Avaliação da TM

O grande objetivo da TM é reconhecer critérios de gravidade que o doente apresenta, indicando assim a sua prioridade clínica para o atendimento. Desta forma, observando-se o gráfico anterior, verifica-se que a maior percentagem de doentes tem a cor pouco/não urgente, com 48,2%, seguindo-se o amarelo com 37% e, por fim, encontram-se os doentes que requerem uma intervenção rápida ou imediata, com 14,8%. Sendo o SU uma das principais vias de acesso a cuidados de saúde, a população portuguesa desenvolveu certas expectativas que assentam em princípios de bem-estar, disponibilidade e atenção imediata (CRRNEU, 2012). Daí se justifica a elevada percentagem de doentes com a categoria de pouco /não urgente que, em muitos casos, nem necessitariam de atenção hospitalar.

4.6.3 - Caracterização da dependência dos doentes do SU com base no resultado da JDT

Segundo o autor da JDT, o enfermeiro Gary Jones (2015b), é importante avaliar o grau de dependência dos doentes no SU com dois objetivos específicos: para providenciar melhores cuidados diretos ao doente e, principalmente, enquanto ferramenta de gestão que auxilie decisões mais fundamentadas e alicerçadas na realidade.

Da soma dos valores que integram as várias componentes da Escala JDT, resulta um valor, que pode variar de 6 a 18 pontos. Assim, da amostra deste estudo, chegou-se ao gráfico que se segue:

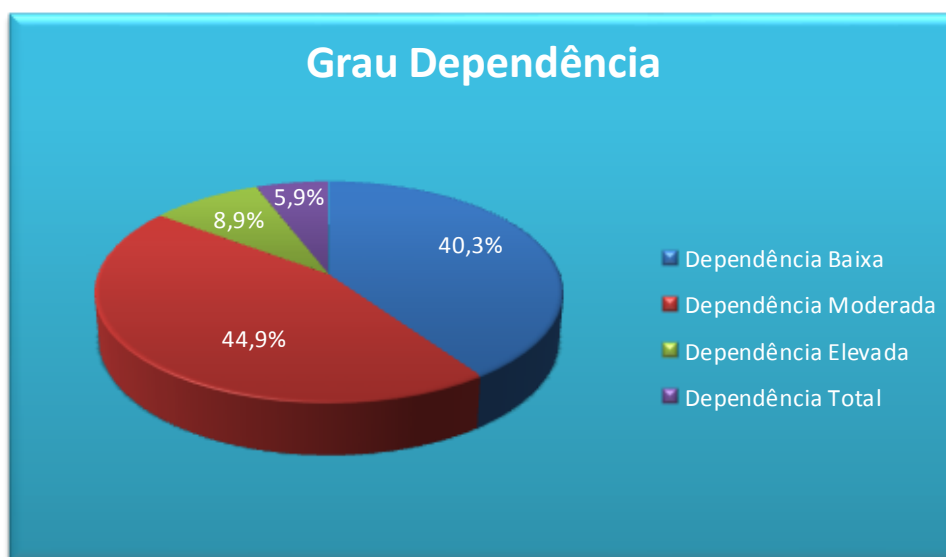


Gráfico 18 - Grau de dependência

Verifica-se que a amostra estudada apresenta 44,9% de doentes com dependência moderada, seguida da dependência baixa, com 40,3%, 8,9% apresentam dependência elevada e 5,9% apresentam dependência total. Assim, o resultado final da dependência a que cheguei neste estudo, foi idêntico ao estudo desenvolvido pela OE, 2015 (referido na fundamentação teórica), onde a dependência moderada a baixa prevalecem sobre os outros dois tipos de dependência evidenciados pela escala.

Desta forma, o foco dos cuidados dos enfermeiros de urgência em relação aos doentes com dependência baixa a moderada é com o intuito de ser atingida a máxima independência dos doentes durante a permanência no SU.

A dependência elevada a total, remete-nos para doentes que requerem uma vigilância mais apertada e sistemática, como é o caso dos doentes críticos.

Fundamentação dos testes estatísticos

- Para verificar se há relação entre o género e a dependência utilizou-se o teste Mann-Whitney. Verificou-se que não existe diferenças significativas relativamente à dependência entre o género masculino e o género feminino uma vez que $p > 0,05$. (sig. 0,840)
- Foi aplicado o teste da correlação de Spearman para testar a relação entre a idade e a dependência dos doentes. Verificou-se que o $p < 0,05$, logo quanto maior é a idade dos doentes, maior é a sua dependência. (sig. 0,010)
- Foi aplicado o teste Kruskal-Wallis para verificar a relação entre a dependência e o local de proveniência do doente. Verificou-se que o $p < 0,05$, o que significa que existe diferenças significativas entre a dependência e a proveniência. São os doentes que provêm do domicílio que apresentam maior dependência. (sig 0,010)
- Para testar a relação entre a dependência e o turno de admissão utilizou-se novamente o teste de Kruskal – Wallis, verificou-se que o $p < 0,05$, logo existem diferenças significativas, o que induz que os doentes que recorrem ao serviço de urgência no turno da noite apresentam tendencialmente um grau de dependência superior aos doentes que recorrem no turno da manhã e da tarde. (sig.0,0223)
- Para avaliar a relação entre a dependência e o dia da semana que os doentes recorrem ao serviço de urgência, verifica-se que o $p < 0,05$, logo há diferenças significativas, o que significa que é na terça-feira que os doentes se apresentaram mais dependentes. (sig.0,010)

CONCLUSÕES

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

Florence Nightingale

A problemática da dependência dos doentes tem vindo, ao longo do tempo, a tomar um lugar de destaque, devido ao envelhecimento da população. A idade potencia as limitações progressivas do indivíduo e o acréscimo de pessoas com debilidades físicas e emocionais exigem do próprio sistema e do cuidador capacidades que lhe consigam dar respostas eficazes.

Com o peso que lhe é conhecido e reconhecido o SNS procura, desde a sua génese, o modelo ideal de gestão. Pela dimensão do sistema, mutação social e novos desafios do país o objetivo tem-se demonstrado difícil de alcançar. Em bom rigor, fazendo jus à capacidade e boa vontade de todos os que o têm conduzido, a tarefa obedece a tantas variáveis, muitas delas sem controlo ou previsão possível, que fazem com que o melhor dos resultados fique sempre aquém do desejado em função das necessidades dos doentes e das próprias limitações orçamentais.

Chegada aqui permito-me refletir sobre a necessidade de um equilíbrio entre aquilo que são as expectativas de quem recorre a um SNS, público, e a função de rigor a que o próprio estado deve estar obrigado. Enquanto profissional de saúde, enfermeira, e mestranda em Gestão de Unidades de Saúde percebo que, muitas vezes, uma estrutura de cuidado mais musculada, e certamente mais cara, pode introduzir agilidade, competência, melhor cuidado e, se bem aplicada, resolver um maior número de problemas num mais curto espaço de tempo. Isto pode significar uma redução de custos adequando recursos.

No estudo que realizei 5,9% dos doentes que recorrem ao SU apresentam um grau de dependência total. Significa que em 305 doentes avaliados na semana em causa, 18 necessitam do maior número de cuidados de enfermagem. Nestes sete dias, 27 doentes foram classificados como de elevada dependência, o segundo nível mais alto da escala, o que significa 8,9% da amostra.

Estes valores, que induzem uma maior força de trabalho em enfermagem, espelham a realidade demográfica atual e mostram os desafios futuros tendo em conta uma população

ainda a envelhecer. O grau de dependência prevalente no estudo, a moderada, que preconiza cuidados de enfermagem que promovam a independência do doente implica, por isso, consumos de cuidados que, em última análise, obrigam a maior esforço de recursos técnicos e humanos.

Assim, e se considerarmos o fator dependência como preponderante na definição de recursos humanos, resulta evidente que os números emanados pela aplicação da escala JDT fornecem não só pistas mas dados muito concretos sobre as necessidades dos doentes que recorrem ao hospital de Portalegre.

Nesta fase, com uma população a envelhecer a uma rapidez e em números nunca vistos em Portugal, saber a dependência dos doentes, cada vez mais vulneráveis, proporciona uma análise que pode ser colocada ao serviço da gestão, quer na definição de recursos, quer na aferição da própria política de cuidado.

Ao SU chegam mais mulheres do que homens, em qualquer dos casos em faixas etárias bastante elevadas, não havendo grande diferença quanto à dependência por género. Vêm, principalmente, de casa. O dia de maior afluência nesta amostra é a segunda-feira e o turno da tarde no SU, é o mais movimentado em termos de admissões.

A amostra, depois de aplicados testes estatísticos, confirma que a dependência aumenta com a idade e são os doentes provenientes do domicílio que apresentam um maior grau de dependência. Aqui podemos inferir que as pessoas institucionalizadas, tecnicamente acompanhadas, vêm mitigada parte da dependência e só são conduzidas ao SU em casos de manifesta necessidade.

Por outro lado, apesar da maior afluência ser registada nos turnos da tarde e da manhã, respetivamente, verifica-se que, em termos estatísticos, é no turno da noite que são admitidos os doentes mais dependentes. Percebe-se que, nesta altura, quem recorre ao SU fá-lo em situações mais graves.

Sendo o processo de investigação um organismo vivo, em constante atualização e movimento, deste trabalho resultam novas ideias e estratégias. Deste logo senti necessidade de traduzir e validar a BEST para que, também em Portugal, fosse possível bascular a ferramenta que indica os recursos humanos adequados aos graus de dependência medidos pela JDT.

Neste estudo apenas apliquei a escala no momento da admissão. No sentido de rastrear a dependência e cruzá-la com o fator idade seria interessante proceder à sua aplicação também no momento da alta clínica.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W (2007) – *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, formação e saúde.
- Aehlert, B. (2007). *Emergência em Cardiologia – Suporte avançado de Vida em Cardiologia*. Porto: Porto Editora.
- Afonso, P. (2011) – *Desmaterialização da Auditoria à Triagem de Manchester* . Tese de Mestrado, Universidade do Minho – Escola de Engenharia <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19937/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Pedro%20Afonso.pdf> (Acedido a 28/10/2015)
- Afonso, P. (2011) – *Desmaterialização da Auditoria à Triagem de Manchester* . Tese de Mestrado, Universidade do Minho – Escola de Engenharia <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19937/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Pedro%20Afonso.pdf> (Acedido a 28/10/2015)
- Alarcão, I (2007a) - *Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schon e os programas de formação de professores*. Aveiro: In Cadernos CIDIne.
- Alarcão, I (2007b) – *Supervisão da prática Pedagógica, Uma Perspectiva da Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra I
- Alarcão, M. (2006) - *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra : Quarteto editora.Colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria.
- Alminhas, S. (2007) – *Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência*. Sinais Vitais. Coimbra. Nº75, p. 57-60.
- Alves, A.; Redondo, J. (1999). *Plano de Emergência Hospitalar. Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência*. Portugal: Ministério da Saúde, Instituto de Emergência Médica
- Alves, M.; Ramos, F.; Regina, S.; Penna, C. – (2005) *O trabalho inter-disciplinar: Aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma Unidade de Emergência – Texto & Contexto Enfermage*. Vol. 14, nº3, (Jul. a Set.), p. 323-331. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a02.pdf>. (Acedido a 02/12/2015).
- Aper, Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação. (2011) - *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.
- Araújo, P. (2012) - *Processo de ensino dinâmico a familiares cuidadores de doentes dependentes: Contributo do Enfermeiro de Reabilitação a partir de um ensino estruturado*. Dissertação de Mestrado. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9298/3/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Patr%C3%ADcia%20Ara%C3%BAjo%2012-12%20.pdf> (Acedido a 01/03/2016)
- Azeredo, A. (2014) - *The elderly in a hospital emergency service*. <http://journalofagingandinnovatio.org/tag/envelhecimento/> (Acedido a 12/05/2016)
- Barbosa, A.; Neto, I. (2010) - *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ªed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Beja, A.; Filipe, E. (2013) - *2º Encontro de Enfermagem de Urgência Jones Dependency Tool: um instrumento de gestão em contexto de urgência, resultados da aplicação em*

- [progresso.http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1659/1/JDT%20Poste%20-%20Novembro%202013%2028.pdf](http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1659/1/JDT%20Poste%20-%20Novembro%202013%2028.pdf) (Acedido a 10/02/2016)
- Briga, S. (2010) – *A Comunicação Terapêutica enfermeiro/doente: Perspetivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf> (Acedido a 12/04/2016)
- Carmona et al (2003) - *Grau de dependência do paciente em relação á enfermagem: análise de prontuários*. Rev.Latino- Enfermagem.
- Carvalho et al (2001) - *Projeto Educativo*. 4ªedição.Edições Afrontamento. Porto
- Cerqueira, A. (2010). *Abordagem da paragem cardio-respiratória no adulto- protocolo de aplicabilidade do suporte avançado de vida nos cuidados de saúde primários*. Rev. Port. Clin. Geral, 26, pp. 284- 289
- Chaves, L.; Tanaka, O. (2012) – *O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde*: Revista da escola de Enfermagem da USP. Vol.46.nº5. São Paulo. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500033_ (Acedido a 20/03/2016)
- Cimaa (2014) - *Indicadores Demográficos*.<http://www.cimaa.pt/pt/a-regiao-alto-alentejo/indicadores-demograficos>. (Acedido a 08/04/2016)
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, A. (2012) – *Abordagem de Enfermagem ao Doente Crítico*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
- Cunha, Madalena (2000)– *Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado*. Rev.Sinai's Vitais. Coimbra. Nº 33, p. 42-47.
- Damásio, A. (2010) – *O livro da consciência. A construção do cérebro consciente*. Círculo de leitores.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*, Edições Almedina, Coimbra.
- DGS (2015) - *Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata* http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/DGS_circular_normativa_15_2015__triagem_e_referenciacao_interna_no_SU.pdf (Acedido a 20/10/2015)
- DGS (2010) – *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Lisboa: Orientação nº07. <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15887>. (Acedido a 01/12/2015)
- DGS (2008) - *Programa Nacional de Controlo da Dor*. http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf (Acedido a 10/06/2016)
- DGS (2001a) - *Plano nacional de luta contra a dor*. http://www.apeddor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf (Acedido a 2/05/2016)
- DGS (2001b). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência*. Lisboa: Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. <http://www.arslv.minsaude.pt/DocumentosPublicações/outrosdocumentos/rededereferencia%C3%92Hospitalar.aspx> (Acedido a 15/11/2015)
- Ferreira, L. (2006). *O atendimento no serviço de urgência: uma intervenção supervisiva*. Tese de Dissertação de Mestrado; Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/4767> (Acedido a 15/11/2015)

- Fontes, K.; Jaques, A. (2007). *O Papel da Enfermagem Frente ao Monitoramento da Dor como 5 Sinal Vital*. Ciência, Cuidado e Saúde, Vol. 6 (Suplem.2), 481-487.
- Fortin, M.(2003) - *O processo de Investigação - da concepção à realização*. Lusociência, Loures
- Frederico, M; Leitão, M. (1999) – *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, C. (2008). *Contacto com o enfermeiro da Triagem do serviço de urgência: satisfação do utente*. Tese de Dissertação de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10284/1084> (Acedido a 12/11/2015)
- Goulão, I. (2014) - *Infeções associadas aos cuidados de saúde*. Dissertação apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde.Lisboa. <http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/4633/TESE%20IN%C3%8AS%20GOUL%C3%82O%20INFEC%C3%87%C3%94ES%20ASOCIADAS%20AOS%20CUIDADOS%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf?sequence=1> (Acedido a 01/05/2016)
- Greco, R. M. (2004) – *Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde*. Rev. Brasileira de Enfermagem. Brasília (DF). (4:54), p. 504 – 507.
- Grupo Português de Triagem (2007) - *Triagem no Serviço de Urgência*. Lisboa, Ordem dos Médicos.
- Guillemin, F. et al (2002) – *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. American Academy of Orthopedic Surgeons. Instituto for Work & Health
- Hanson, S. (2005) – *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Camarate: Lusociência.
- IASP-International Association for the Study of Pain (sd) – *The Pain*. www.iasp-pain.org (Acedido a 10/04/2016)
- INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica (2010) – *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Em <http://pt.slideshare.net/CtiaGomes3/manual-sav> (Acedido a 28/11/2015)
- Jones, G. (2015a) *Patient dependency in the Emergency department: The Jones Dependency Tool*. Article
- Jones, G. (2015b) – *Measuring patient dependency in the emergency department*. Art science, patient safety. Vol30 nº2
- Jorge, M. (2004) – *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Lei de Bases da Proteção Civil nº27/2006 http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1735&tabela=leis (Acedido a 10/04/2016)
- Leite et al (2011) - *Trabalho de Projeto 1: Apreender por projetos centrados em problemas*. Porto: Edições Afrontamento
- Lemos, N; Medeiros, S. (2002) – *Suporte social ao idoso dependente*. In: cançado – tratado de geriatria e gerontologia. Rio de janeiro: guanabara koogan. Cap.107.
- Lopes, M.; Sapeta, P.(2013) - *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro doente*. Revista Referência. II série- nº4
- Mackway-Jones K et al (2003) - Don't throw triage out with the bathwater, Emergency Medicine, Vol. 20, páginas 119-120.
- Magalhães et al (2009) - *Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças*. Rev. Bras Enfermagem, v.62, nº4, p.608-612

- Marques, A. et al (2009) – *Triagem no serviço de urgência: protocolo de triagem de Manchester*. 2ª ed. Grupo Português de Triagem
- Martins, M. (2002)– *Uma Crise Acidental na Família*. Coimbra: Formasau.
- Maslow, A. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50, 370-96
- Meleis, A. (2005) – *Theoretical nursing: development and progress*. 3ªed. rev. Philadelphia: Lip-pincott, Williams & Wilkins.
- Mendonça, S. (2011) – *Competências*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Ministério da Saúde (2014)- Despacho n.º 10319/2014 Diário da República, 2.ª série — N.º 153. <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf> (Acedido a 01/12/2015)
- Ministério da Saúde (2006)- Decreto-Lei n.º 101/06 – *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República, 1ª Série, (109), 6 de Junho, p.3856-3865.
- Monteiro, M. (2010)– *Vivência dos Cuidadores familiares em internamento Hospitalar- Início da Dependência*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf> (Acedido a 01/03/2016)
- Moreira, I. (2001) - *O doente terminal em contexto hospitalar: uma análise de experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra : Formasau.
- Nogueira, N. (2005) - *Pedagogia dos Projectos*. Etapas, papéis e atores. São Paulo. Editora Erica
- Nunes, L. (2010) - *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Percursos, nº15, 1-37.
- O'Brien, A; Benger, J. (2005) –*Patient dependency in emergency care: do we have the nurse we need?* – *Journal of Clinical Nursing*. 16, 2081-2087.
- OCDE (2014): *Health Working Papers nº 60 Health Spending Growth at Zero*. Morgan D; R. Astolfi http://www.oecdilibrary.org/socialissuesmigrationhealth/healthspendinggrowthatzero_5k4dd1st95xv-en (Acedido a 19/05/2016)
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2015) - *Serviços de Urgência - Uma discussão Urgente*.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2013) – *Guia Orientador de boas práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade*- Posicionamento, transferências e treino de deambulação. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf (Acedido a 9/04/2016)
- Ordem dos Enfermeiros OE (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros- OE (2009) - *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Caderno Temático. Dezembro.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2006)- *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIFE)*. Versão 1.0. Versão oficial em Português. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Parreira, P. (2005) – *Organizações*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-46-8.
- Paschoal, S. (2007). *Autonomia e Independência*. In: Netto, M. P. (org.), *Tratado de gerontologia* (pp. 609-621). 2ª ed. São Paulo: Atheneu.
- Pereira, M. (2014) – *O Sistema de Triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Pereira, R. (2011) - *Metodologia para a Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: Uma proposta. X Curso de Mestrado de Saúde Pública Integrado na Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa*. em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9583/3/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Raquel%20Eus%C3%A9bio%20Pereira.pdf> (Acedido a 2/05/2016)
- Phipps, W. et al (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Tradução de Helena dos Santos Azevedo. Lisboa: Lusodidática.p 2380-2389.
- Pinho, Márcia (2006)– *Trabalho em equipa de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz*. *Ciências & Cognição*, vol. 8, p. 68-87. Em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>. (Acedido a 02/12/2015)
- Pires, A. (2013) - *Interculturalidade no Serviço de Urgência. Trabalho Projeto*. Instituto Politécnico de Setúbal. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5906/1/Interculturalidade%20no%20Servi%C3%A7o%20de%20Urg%C3%Aancia.pdf> (Acedido a 3/03/2016)
- PNCI (2007). *Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital - Um guia prático*. Obtido de PNCI: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0> (Acedido a 03/03/2016)
- Polit, D.; Hungler, B. (1995) - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª edição. Artes Médicas
- Pontes, et al (2008) – *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM*. Barcarena: Universidade Atlântica. Trabalho final de Pós-graduação em Urgência e Emergência orientado por Alexandre Tomás, p8-74.
- Público (2015)- *Em Portugal haverá quase 50 mil pessoas acamadas a viver em casa*. <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/em-portugal-havera-quase-50-mil-pessoas-acamadas-a-viver-em-casa-1699073> (Acedido a 10/04/2016)
- Quivy, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (1998) – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 282 p. ISBN 972-662-275-1.
- Regulamento n.º 124/2011- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf (Acedido a 9/12/2015)
- Relatório CRRNEU (2012) - *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência* <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf> (Acedido a 03/11/2015)
- Relatório Primavera (2015) - *Acesso aos cuidados de saúde: Um direito em risco*. http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio_Primavera_2015_VF.pdf (Acedido a 9/04/2016)

- REPE (1998) - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)
- Ribeiro, N. (2008). *Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico*. Tese de Dissertação de Mestrado; Universidade Atlântida. Funchal. Em:<http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf> (Acedido a 15/11/2015)
- Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A.J. (1995). *Modelo de enfermagem*. 3ª Edição. Alfragide: Editora McGraw Hill de Portugal.
- Ruivo, A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010) – *Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas*. Percursos.http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf (Acedido a 10/03/16)
- Sá, Florinda et al (2015) – *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro* - Pensar Enfermagem Vol. 19 N.º 1 1º Semestre
- Salgueiro, J. (2014) – *Dificuldades dos Enfermeiros na Comunicação com Doentes Afásicos*. Universidade do Porto. Mestrado em Ciências de Enfermagem
- Salluzzo R et al (1994) *Patient Troughput, In Pre Hospital Systems: Medical Oversight, Mosby Lifeline*, páginas 201-205
- Santos, A.; Peixoto, C; Tomás, A (2013) – *Tradução, Adaptação e Validação da Escala Jones Dependence Tool*
- Santos, J.; Silva, L. A (2012). – *Conceções e práticas do trabalho e da gestão de equipas multidisciplinares na saúde*. Santa Catarina: *Revista de Ciência e Administração*. Vol.14, n.34, p. 155-168.. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273524780011> (Acedido a 02/12/2015)
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idoso com Dependência Física e Mental*. Lousã: Lidel.
- Sheehy, S. (2001a) – *Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática*. 4ª Edição. Loures : Lusociência.
- Sheehy, S. (2011b). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 6ª Edição. Loures: Lusodidacta. pp.823
- Silva, G. et al - (2010). *Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar*. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 12(1), p.120-132. <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm> (Acedido a 10/06/2016)
- Silva, T. (2009) – *Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester*. *Dissertação de mestrado em medicina de catástrofe*.
- Silva, B. (2006) - *Parada Cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro*. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo.
- Silva, F. (2006)- *A Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, A. (2003). *Sala de Emergência – emergências clínicas e traumáticas*. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS.
- Sousa, J. (2012). *A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas vítimas e Catástrofe*. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, pp. 37- 43.
- Stefanelli, M.C. (2005). *Conceitos teóricos sobre comunicação*. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 28 - 46). São Paulo: Manole.
- Tomás, A. (2011) – *Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da

Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa

Tomey, A. M. (2002). Virginia Henderson - *Definição de enfermagem*. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed., pp. 111-126). Loures: Lusociência.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.

ULSNA (s.d.) <http://www.ulsna.min-saude.pt/ULSNA/HOSPITAIS/Paginas/default.aspx> (Acedido a 3/03/2016)

Vaz, C; Catita, A. (2000) - *Paula. Cuidar no Serviço de Urgência*. In Revista Nursing nº148, Setembro p. 14-17.

Zalenski, R., Raspa, R. (2006). *Maslow's hierarchy of needs: A framework for achieving human potential in hospice*. Journal of Palliative Medicine, 9, 1120-1127.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Instituição de Saúde (ULSNA)

O
urgência
impedimento
do serviço de
URGÊNCIA
(15/12/2015)

Dorinda Maria de Carvalho Gomes Calha
2015/11/18

Exma. Sra Presidente do Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

Dorinda Maria de Carvalho Gomes Calha
à Sra. Enfe.
Chefe do SU do
HDJMG para minha
pauca. 25/11/2015

Assunto: Pedido de autorização para aplicação da Escala de Dependência

António José Chaves Mira,
Enfermeiro Director

No âmbito do Estágio do 4º Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde de Portalegre, do Instituto Politécnico de Portalegre, eu, Cláudia Sofia Baptista Carrapiço sob orientação do Professor Doutor Adriano Pedro pretendo aplicar a escala Jones Dependency Tool aos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência deste hospital, durante um período de tempo (cerca de uma semana).

Esta escala foi desenvolvida no Reino Unido, e já se encontra validada e traduzida para Português, estando a ser aplicada pela Ordem dos Enfermeiros em algumas urgências do país.

Com a aplicação desta escala tenho como objetivo caracterizar em termos de dependência os doentes que recorrem ao Serviço de Urgência e posteriormente reflectir a influência que essa dependência tem nos Recursos Humanos de Enfermagem.

Tendo em conta o exposto, venho solicitar a vossa excelência, autorização para aplicar esta escala (que segue em anexo), assegurando desde já o cumprimento dos procedimentos éticos inerentes a um trabalho desta natureza, nomeadamente a explicitação do anonimato e da confidencialidade das fontes.

Agradeço desde já a sua atenção

Mantenho-me disponível para qualquer informação que julgue necessária.

claudiacarrapico_cc@hotmail.com ; telemóvel: 967957802

Autenticado.
à Comissão de
ética e ao SIRS
15/12/2015

ULSNA-EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DORINDA CALHA, Presidente

JORGE F. GOMES, Diretor Clínico

ANTÓNIO MIRANDA, Enfermeiro Director

RAQUEL BACHARE, M.E. Vogal Executiva

JOAQUIM ARAÚJO, Vogal Executiva

17 de Novembro de 2015

Acta 51/2015
Doc 57

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO
NORTE ALENTEJANO E.P.E.
SECRETARIADO
Entrada Nº 001507446
Data 17/11/2015
11-12-2015

Cláudia Sofia Baptista Carrapiço
Cláudia Sofia Baptista Carrapiço

ANEXO II – Escala de Dependência - Jones Dependency Tool

Sexo: M ____ F ____	Idade: ____	Proveniência: Instituição ____ Domicílio ____ Outro ____	Turno: M ____ T ____ N ____	Dia da semana: S T Q Q S S D
------------------------	-------------	--	-----------------------------	---------------------------------

Jones Dependency Tool (JDT) - Versão Portuguesa

Componente	3	2	1
Comunicação	<input type="checkbox"/> Disfunção total devido a perda de um ou mais sentidos ¹ <input type="checkbox"/> Dor severa avaliada através da escala analógica/ visual de Dor (8-10) <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/> Barreira linguística ² <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais graves	<input type="checkbox"/> Disfunção ou potencial disfunção de um ou mais sentidos <input type="checkbox"/> Dor moderada avaliada através da escala analógica/ visual de Dor (4-7) <input type="checkbox"/> Reage apenas a estimulação verbal/dolorosa <input type="checkbox"/> Dificuldade devido a barreiras linguísticas <input type="checkbox"/> Ansioso/triste/ angustiado	<input type="checkbox"/> Consegue comunicar através de todos os sentidos <input type="checkbox"/> Dor mínima avaliada através da escala analógica/visual de Dor (1-3) <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Ausência de barreira da linguagem <input type="checkbox"/> Calmo e colaborante
ABC³	<input type="checkbox"/> Paragem cardio- respiratória (ou risco de paragem) <input type="checkbox"/> Disfunção total no ABC ou choque ⁴	<input type="checkbox"/> Risco de disfunção no ABC (potencial para choque devido à situação)	<input type="checkbox"/> Ausência de problemas no ABC. <input type="checkbox"/> Pequenas lesões/ferimentos
Mobilidade	<input type="checkbox"/> Imobilidade total	<input type="checkbox"/> Perda parcial de mobilidade <input type="checkbox"/> Doente precisa de andador/cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Mobilidade total <input type="checkbox"/> Problema ligeiro nos membros
Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Perda da função intestinal/vesical e/ou vômitos incoercíveis ⁵ <input type="checkbox"/> Incapacidade de se auto- cuidar.	<input type="checkbox"/> Perda parcial da função intestinal/vesical e/ou vômitos. <input type="checkbox"/> Perda parcial da capacidade de se auto-cuidar.	<input type="checkbox"/> Controlo normal da função intestinal/vesical. Ausência de vômitos. <input type="checkbox"/> Mantém o auto-cuidado
Necessidades de segurança ambiental, saúde e sociais	<input type="checkbox"/> Revela perigo para si próprio ou para os outros <input type="checkbox"/> Aparenta necessitar de amplo apoio social	<input type="checkbox"/> Parece incapaz de compreender completamente os riscos <input type="checkbox"/> Necessita de apoio social	<input type="checkbox"/> Revela total capacidade para compreender completamente os riscos <input type="checkbox"/> Não necessita de apoio social
Triagem de Manchester	<input type="checkbox"/> Vermelho ou laranja (Emergente/Muito Urgente)	<input type="checkbox"/> Amarelo (Urgente)	<input type="checkbox"/> Verde ou Azul (Pouco Urgente/Não Urgente)

Glossário da JDT

- 1 - **Sentidos**: Qualquer 1 dos 5, especialmente a visão, audição e o toque
- 2 - **Barreira Linguística**: Incapacidade de falar (afasia, disartria) ou devido a idioma diferente.
- 3 - **ABC**: Via Aérea, Respiração (dispneia), Circulação (hemorragia)
- 4 - **Choque**: Hipovolémico; Cardiogenico, Obstrutivo, Distributivo requerendo intervenção imediata;
- 5 - **Vômitos Incoercíveis**: Vômito que não pode ser impedido ou retido.

ANEXO III - Pedido de autorização a Robert Crouch (via email)

Dear Sir,

My name is Cláudia Carrapiço, I am a Nurse currently working in the Accident and Emergency Unit in Portalegre Hospital, in Portugal. I am developing a Report as part of my placement/internship to complete my Master's Degree in the Health Service under the supervision of teacher Adriano Pedro. In my Report I propose to evaluate the degree of patient dependence that consult A & E. After a conversation with nurse Pedro Aguiar, who gave me your contact, I would like to ask your permission to apply the Jones Dependency Tool (JDT) in my duty, for further processing of data.

I remain available for any information it deems necessary

mail: claudiacarrapico_cc@hotmail.com

Yours faithfully ,

Cláudia Carrapiço

Dear Claudia

It is not a problem for you to use the Jones Dependency Tool, it is published and therefore can be widely used.

With regards

Robert

Prof. Robert Crouch OBE

Consultant Nurse & Honorary Professor of Emergency Care

Emergency Department

University Hospital Southampton NHS Foundation Trust

& Faculty of Health Sciences, University of Southampton

Consultant Critical Care Practitioner

Hampshire and Isle of Wight Air Ambulance

Contact: 023 8120 4121 (or Extension 8343)

robert.crouch@uhs.nhs.uk